

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Vertente Pessoa Idosa

A Prevenção da Infecção por Staphylococcus aureus

Meticilino-Resistente (MRSA) na Pessoa Idosa:

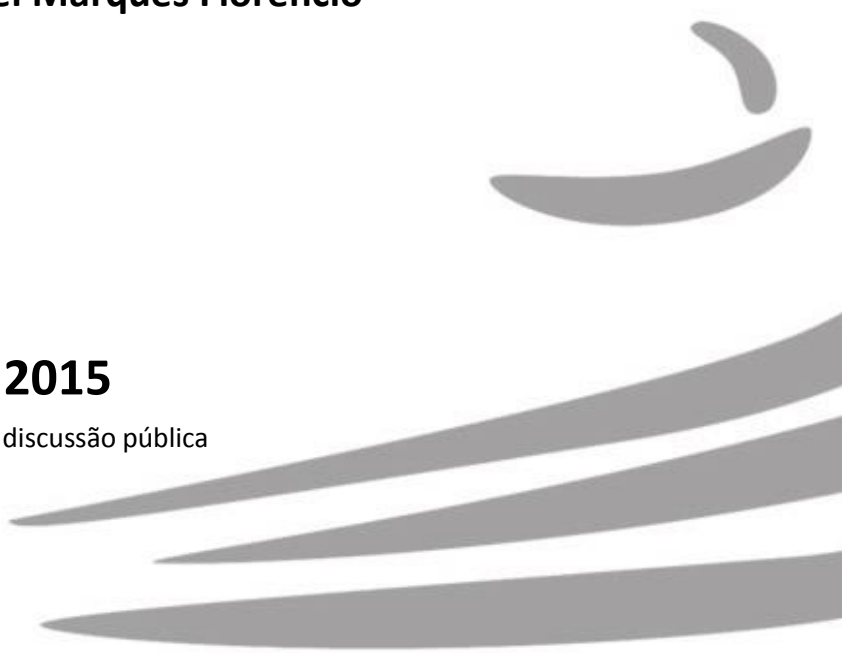
A Parceria como Intervenção de Enfermagem para

Promover o Cuidado de Si

Verónica Isabel Marques Florêncio

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Vertente Pessoa Idosa

A Prevenção da Infecção por Staphylococcus aureus

Meticilino-Resistente (MRSA) na Pessoa Idosa:

A Parceria como Intervenção de Enfermagem para

Promover o Cuidado de Si

Verónica Isabel Marques Florêncio

Professora Doutora Idalina Gomes

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



RESUMO

A prevenção da infeção por *Staphylococcus aureus* Meticilino-Resistente (MRSA) é de extrema importância na atualidade face à elevada taxa de incidência que Portugal apresenta, capaz de comprometer a segurança e a qualidade dos cuidados. A pessoa idosa é quem mais sofre com este tipo de infeção com consequências graves ao nível da sua funcionalidade e bem-estar emocional, sendo causa significativa de morbilidade e mortalidade. Este projeto teve como objetivo desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre no âmbito dos cuidados à pessoa idosa, nomeadamente na prevenção da infeção por MRSA, através de uma intervenção em parceria promotora do cuidado de Si. Foi também objetivo desenvolver competências na equipa multidisciplinar na prevenção e controlo desta infeção. O projeto foi desenvolvido num serviço de urgência de um Hospital Distrital e numa Unidade de Cuidados na Comunidade de um ACES, de 09/2014 a 02/2015. Recorreu-se à metodologia de projeto e envolveu-se a equipa multidisciplinar e as pessoas idosas com fatores de risco para MRSA. No diagnóstico de situação foram utilizados: registos de observação, análise documental e entrevistas semiestruturadas.

Os resultados do projeto mostram uma mudança positiva ao nível das práticas da equipa multidisciplinar, com o envolvimento da pessoa idosa/família no processo de cuidados desde o 1º dia de internamento, educando-a e capacitando-a, através de um trabalho conjunto em parceria, de forma a evitar práticas de risco. Os enfermeiros passaram a colher e a registar informações de forma mais completa, englobando os fatores de risco para o MRSA, a realização do rastreio e as suas intervenções. Quanto ao equipamento de proteção individual, o índice de qualidade para o uso das luvas pelos enfermeiros, médicos e assistentes operacionais (AO) sofreu uma melhoria de 20%, e a adesão e o uso do avental pelas AO de 30%. Conseguiu-se também uma melhoria da continuidade de cuidados de enfermagem com a criação de um canal de comunicação efetivo entre o hospital e as unidades de saúde na comunidade a partir de 01/2015, tendo sido notificados 5 casos de colonização por MRSA nesse mês.

A implementação deste projeto permitiu-nos também encarar a pessoa idosa como um ser único, com necessidades específicas, decorrentes do envelhecimento e do seu processo de transição saúde-doença, que exige um cuidado multidimensional em parceria, que promova o seu projeto de vida.

Palavras-Chave: Pessoa Idosa, Cuidado de Enfermagem, Prevenção, MRSA

ABSTRACT

Prevention of infection by Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) it's highly important today in view of the high incidence rate that Portugal has which could affect the safety and quality of care.

This type of infection causes more damages on the elder people with serious consequences in terms of functionality and emotional well-being that origins a significant cause of morbidity and mortality. The purpose of this project is to develop skills to the nurse specialist and master skills in elderly cares, on the prevention of infection by MRSA by a partnership intervention on the self-care. It was also a purpose of this project to develop skills on the multidisciplinary team on the prevention and control by this infection. The project was developed in an ER service of a District Hospital and a Community Care Unit in an ACES from 09/2014 to 02/2015. We used project methodology involving a multidisciplinary team and old people with MRSA risk factors. On the situation diagnosis were used: observation registries, documental analysis and semi structured interviews.

The results of this project show a positive change in terms of the practices of the multidisciplinary team, with the elderly person / family involvement in the care process from the 1st day of hospitalization, educating it and enabling it, by working together in partnership, in order to avoid risky practices. Nurses began to collect and record information more fully encompassing the risk factors for MRSA, the completion of screening and interventions. As for the personal protective equipment, the rate of quality for the use of gloves by nurses, medical and operational assistants (OA) had a 20% improvement, and 30% for the use of the apron by the OA. It was visible an improvement on the continuity of nursing care by creating an effective channel of communication between the hospital and health facilities in the community from 01/2015 which already reported 5 cases of MRSA colonization in this month.

The implementation of this project also enabled us to face the elder people as unique, with specific needs of an aging and by their transition process health-disease, which requires a multidimensional care in partnership, which promotes their life design.

Key-Words: Elder, Nurse Care, Prevention, MRSA

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Idalina Gomes pela orientação, apoio, compreensão e incentivo ao longo deste percurso formativo.

Ao meu marido, Pedro, pelos momentos de ausência que suportou, pela paciência, amor e força que sempre me transmitiu.

Aos meus pais pela sua presença, incentivo e ajuda em todos os momentos. Por me ajudarem a combater todas as adversidades, sempre com uma atitude positiva e com muito carinho e disponibilidade.

À enfermeira chefe/coordenadora, e a toda a equipa do serviço por toda a colaboração, apesar dos turnos trabalhosos, pois sem eles este projeto não faria sentido nem teria sido possível.

Às minhas amigas, Filipa e Vera, colegas de mestrado e de trabalho, pela amizade, cumplicidade e coragem, sempre presentes, em todos os desafios.

A toda a família, e aos meus avós em especial, pelos momentos que não pude estar com eles, pelo tempo que não lhes dediquei.

A todas as pessoas idosas que estiveram presentes na minha vida.

A todos os que estiveram ao meu lado neste percurso, o meu sincero e profundo...

Obrigada!

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
1.PROBLEMÁTICA/ DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	13
2.ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	17
2.1.O Processo de envelhecimento.....	17
2.2.As Infecções associadas aos cuidados de saúde como acontecimento adverso na pessoa idosa	19
2.3. A infeção por MRSA na pessoa idosa	21
2.4.Medidas de prevenção e controlo do MRSA	25
2.5.Cuidar em parceria nas situações de infeção ou colonização por MRSA.....	29
3.METODOLOGIA DE PROJETO	33
3.1.Questões éticas	34
3.2. Planeamento	35
4.IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO: ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS E RESULTADOS	37
4.1. Aprofundar conhecimentos na área das IACS, contextualizando a problemática da infeção por MRSA na pessoa idosa hospitalizada.....	37
4.2. Divulgar o projeto no SU e na UCC	39
4.3. Implementar intervenções de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e família, que incidam na prevenção e controlo da infeção por MRSA, que promovam o cuidado de Si.....	40
4.4. Avaliar os conhecimentos e as práticas da equipa multidisciplinar do SU e da UCC referentes à prevenção e controlo da infeção por MRSA na pessoa idosa, nomeadamente a infeção cruzada por MRSA, de forma a detetar necessidades formativas	48
4.5. Melhorar a resposta da equipa multidisciplinar do SU às necessidades da pessoa idosa colonizada/infetada com MRSA e sua família, com as consequentes implicações decorrentes do isolamento de contacto, tendo por base uma intervenção em parceria.	56

4.6. Capacitar os profissionais de saúde que trabalham na UCC para desenvolverem tomadas de decisão que visem a prevenção e o controlo da infeção por MRSA na pessoa idosa;	61
4.7. Reflexão sobre as competências desenvolvidas e aprendizagens realizadas.....	62
CONCLUSÃO.....	65
BIBLIOGRAFIA	67

APÊNDICES:

- I. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA
- II. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES
- III. RESUMO E REFLEXÃO DAS PRINCIPAIS APRENDIZAGENS REALIZADAS NO ESTÁGIO EM 3 GRUPOS DE COORDENAÇÃO LOCAL – PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E RESISTÊNCIAS ANTIMICROBIANAS (GCL-PPCIRA)
- IV. COMUNICAÇÃO LIVRE: A Prevenção da Infeção por *Staphylococcus aureus* Meticilino-Resistente na Pessoa Idosa no Serviço De Urgência: Intervenção De Enfermagem - 2ª Jornadas de Enfermagem do Centro Hospitalar De Setúbal EPE - *Um Olhar Reflexivo Sobre o (In) Visível: Intervenção Partilhada de Enfermagem*
- V. POSTER: Implicações da Institucionalização da Pessoa Idosa: avaliar para prevenir - IV Congresso Internacional de Gerontologia e Geriatria: *Envelhecimento Ativo, Saudável e Positivo*
- VI. POSTER: A Prevenção da Infeção por *Staphylococcus aureus* Meticilino-Resistente na Pessoa Idosa na Comunidade: O modelo de parceria como suporte da intervenção de enfermagem - 3º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica
- VII. COMUNICAÇÃO LIVRE: Prevenção da Infeção por *Staphylococcus aureus* Meticilino-Resistente na Pessoa Idosa no Serviço de Urgência: Intervenção Multidisciplinar - II Jornadas Temáticas de Doenças Infecciosas de Setúbal: *Infeções em Meio Hospitalar*
- VIII. REFLEXÃO E RESUMO DOS CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS NO DECURSO DA PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS CIENTÍFICOS
- IX. PROTOCOLO DE VIGILÂNCIA ATIVA A MRSA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

- X. APRESENTAÇÃO DO PROJETO À EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE URGÊNCIA
- XI. INSTRUMENTO AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA
- XII. ESTUDO DE CASO DESENVOLVIDO NA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE
- XIII. ESTUDO DE CASO DESENVOLVIDO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA
- XIV. NOTAS DE CAMPO REALIZADAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA
- XV. FOLHETO EDUCATIVO PARA AS VISITAS
- XVI. NOTAS DE CAMPO REALIZADAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE
- XVII. GRELHA DE OBSERVAÇÃO PARA ANÁLISE DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E ANÁLISE DOS RESULTADOS
- XVIII. QUESTIONÁRIO APLICADO À EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E ANÁLISE DOS RESULTADOS
- XIX. QUESTIONÁRIO APLICADO À EQUIPA DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE E ANÁLISE DOS RESULTADOS
- XX. GRELHAS DE AUDITORIA ÀS PRÁTICAS DA EQUIPA DE ENFERMAGEM, MÉDICA E DE ASSISTENTES OPERACIONAIS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA
- XXI. FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO EM CASO DE SUSPEITA DE COLONIZAÇÃO OU INFEÇÃO POR MRSA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA
- XXII. FOLHA DE REGISTO DE ENFERMAGEM DA ATIVAÇÃO DO PROTOCOLO DE VIGILÂNCIA ATIVA A MRSA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA
- XXIII. RESULTADOS DO RASTREIO DE VIGILÂNCIA ATIVA A MRSA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA
- XXIV. APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO - EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE URGÊNCIA
- XXV. APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO - EQUIPA DE ASSISTENTES OPERACIONAIS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA
- XXVI. APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO - EQUIPA DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

ANEXOS:

- I. AUTORIZAÇÃO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO PELA DIREÇÃO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DISTRITAL
- II. AVALIAÇÃO SUMATIVA ESTÁGIO – ENFERMEIRA ORIENTADORA

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fases da construção do processo de parceria	31
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Resultado das observações iniciais realizadas à equipa multidisciplinar do SU	54
Gráfico 2. Resultado das observações finais realizadas à equipa multidisciplinar do SU	54

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge na sequência do estágio realizado no âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, desenvolvido na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, nos anos letivos 2013/2015 e teve como tema central do projeto de estágio “A Prevenção da Infecção por *Staphylococcus aureus* Meticilino-Resistente (MRSA) na Pessoa Idosa: a parceria como Intervenção de Enfermagem para promover o cuidado de Si”. As experiências descritas referem-se ao estágio realizado no Serviço de Urgência (SU) e no Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências Antimicrobianas (GCL-PPCIRA) de um Hospital Distrital (HD)¹. Tive ainda a oportunidade de estagiar em outros dois GCL-PPCIRA de outras duas instituições hospitalares, e numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). O estágio decorreu no período de tempo compreendido entre 28 de Setembro de 2014 e 13 de Fevereiro de 2015, num total de 700 horas curriculares.

A esperança de vida tem vindo a aumentar significativamente nas últimas décadas no mundo, devido aos progressos da ciência e da tecnologia, prevendo-se que o número de pessoas com mais de 60 anos duplicará de 2006 para 2050, de 11% para 22% respetivamente, em termos de proporção da população global (OMS, 2005). Associado ao envelhecimento pode estar o aumento das doenças crónicas, da dependência e da vulnerabilidade, tornando as pessoas idosas grandes consumidoras de cuidados de saúde, exigindo da enfermagem uma resposta adequada nos diferentes níveis de cuidados, de forma a evitar complicações (Ribeiro & Paúl, 2005).

A prestação de cuidados de saúde em meio hospitalar e em regime de ambatório pode propiciar a transmissão de Infecções Associadas aos Cuidados de saúde (IACS), sobretudo devido ao recurso a procedimentos invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva e aos internamentos repetidos. As IACS constituem hoje um dos maiores desafios em saúde segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), quer pelas suas implicações na segurança dos doentes e na qualidade dos cuidados, quer pelos custos económicos e sociais associados, sendo causa significativa de morbilidade e mortalidade (DGS, 2013a). Segundo dados da DGS a pessoa idosa pertence a uma faixa etária que apresenta a percentagem mais elevada de infeções hospitalares e de consumo de antimicrobianos, conforme expresso num inquérito desenvolvido em 2012

¹ Neste relatório, por questões de confidencialidade será mencionado “hospital distrital”

(DGS, 2013a; DGS, 2013b). Este estudo salientava ainda que a taxa global de prevalência das infeções adquiridas no hospital foi de 10,6%, sendo que 34% foram provocadas por cocos gram positivos, sobretudo o *staphylococcus aureus*. Trata-se de uma bactéria que coloniza a pele de cerca de 30% dos seres humanos saudáveis de forma inofensiva, contudo pode vir a provocar infeções graves, principalmente quando assume a forma de *Staphylococcus aureus* Meticilino-Resistente (MRSA) como mencionado pela *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) [EDCD, 2013a]. O MRSA tem sido descrito como a mais importante causa de IACS em todo o mundo constituindo um grave problema de saúde pública (EDCD, 2013b). Portugal é um dos países a nível europeu com uma das mais elevadas taxas de incidência (53,8%), tornando-se imperativa a adoção de medidas de prevenção e controlo da infeção (EDCD, 2013a).

Este problema tem dominado as preocupações em saúde na atualidade, tendo a DGS, em 2013, criado um programa de saúde prioritário, com vista à prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. Este programa preconizava uma diminuição da bacteriemia por MRSA e uma maior aposta na formação dos profissionais, na vigilância epidemiológica e na normalização de procedimentos e práticas clínicas (DGS, 2013c). A DGS (2007) refere que uma atuação planeada e bem estruturada, dinamizada por profissionais especializados, conseguirá evitar, pelo menos, um terço das infeções. A transmissão da infeção por MRSA pode ser evitada através do cumprimento das precauções básicas de controlo da infeção (PBCI) e das medidas de isolamento de contacto pelos profissionais de saúde. Neste sentido, é crucial o estabelecimento de uma relação ética, de parceria, entre o enfermeiro e a pessoa idosa, evitando complicações que poderão comprometer o seu estado de saúde, a sua funcionalidade e o seu bem-estar emocional (Gomes, 2013).

Estando num percurso de formação para o desenvolvimento de competências na área da saúde da pessoa idosa e conhecendo a realidade do SU este é um assunto que me preocupou, uma vez que é considerado a «porta de entrada do hospital», onde concorrem diversos fatores para o aumento do risco de infeção cruzada, nomeadamente, a entrada de pessoas idosas de diversas proveniências, muitas delas com internamentos recorrentes e em maior risco de serem portadores de MRSA. Outro aspeto a considerar é o ambiente de imprevisibilidade vivenciado no SU, caracterizado por uma grande rotatividade de doentes, que pode dificultar o cumprimento das regras de assepsia por parte dos profissionais. Este facto, agravado pelo uso intensivo de

dispositivos invasivos e drogas imunossupressoras proporcionam «portas de entrada» que favorecem o aparecimento da infeção por MRSA. Deste modo, uma identificação precoce dos fatores de risco para MRSA e a adoção das PBCI e de contacto pelos profissionais, assente numa relação de parceria promotora do cuidado de Si pode fazer a diferença no prognóstico da situação da pessoa idosa, proporcionando-lhe conforto e bem-estar, com respeito pela sua intimidade e autonomia (Gomes, 2013).

Assim, tendo em conta a minha experiência profissional considero que me situava no nível **proficiente**, segundo o modelo de Dreyfus de aquisição de competências, descrito por Benner (2001), em que a experiência que tinha me permitia ter uma visão e compreensão global das situações, mas precisava de desenvolver competências visando atingir o nível de perita na área do cuidado à pessoa idosa. Desta forma, foram definidos dois objetivos gerais para a implementação deste projeto: (1) Desenvolver competências como enfermeira especialista na promoção do cuidado de Si à pessoa idosa hospitalizada, nomeadamente com MRSA, utilizando a parceria como intervenção de enfermagem; (2) Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar do SU e da UCC na prevenção e controlo da transmissão da infeção por MRSA.

Além das competências de enfermeiro especialista na área de cuidados à pessoa idosa, esperava-se com este projeto o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista nos 4 domínios definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE): responsabilidade profissional, ética e legal, gestão dos cuidados, desenvolvimento das aprendizagens profissionais e melhoria contínua da qualidade (OE, 2010).

O projeto foi realizado de acordo com a metodologia de projeto, segundo Ruivo, Ferrito & Nunes (2007), contemplando as fases: diagnóstico de situação; definição de objetivos; planeamento de atividades/estratégias; execução; avaliação; e divulgação dos resultados. O relatório encontra-se dividido em quatro capítulos: o primeiro apresenta a problemática/diagnóstico de situação; o segundo o enquadramento conceptual; o terceiro a metodologia de projeto, e o quarto a implementação do projeto, as atividades praticadas e os resultados obtidos. Foram seguidas as Normas da *American Psychological Association* (APA), nas suas versões da 5ª e 6ª edição, para a elaboração deste relatório.

1.PROBLEMÁTICA/ DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Segundo a DGS (2013d) Portugal é um dos países da União Europeia (UE) com uma das mais elevadas taxas de IACS e de consumo de antimicrobianos, em relação à média europeia, o que se torna numa grande preocupação nacional (DGS, 2013a). A infeção por MRSA é descrita como uma das principais causas de IACS, no mundo, em Portugal e nas instituições de saúde locais, das quais o HD não é exceção, sendo crucial intervir na sua prevenção, com vista a *outcomes* positivos resultantes dos cuidados de enfermagem.

O projeto foi desenvolvido no SU do HD, classificado como médico-cirúrgico, abrangendo a população de três concelhos (HD, 2012). O SU dispõe de duas áreas de intervenção, a de ambulatório e o Serviço de Observação (SO) (HD, 2014). O SO destina-se ao internamento de pessoas que necessitam de vigilância e estabilização clínica, tendo uma lotação de 12 camas, contudo, desde há muito que vem sendo excedida, perfazendo uma taxa de ocupação superior a 200%, o que traz grandes riscos no que concerne ao controlo da infeção hospitalar, comportando internamentos em corredores, recantos e locais de passagem, potencialmente comprometedores da dignidade da pessoa idosa (HD, 2012). A demora média de internamento em SO no ano de 2014 foi de 1,2 dias (HD, 2014).

A equipa de Enfermagem é composta por 59 Enfermeiros, o que colocou fortes desafios para a consecução deste projeto, requerendo um envolvimento de toda a equipa para a sua efetiva implementação. Destes 1 é enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (chefe/coordenador de serviço) e 5 enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica (chefes de equipa de enfermagem). Como elemento de ligação do SU ao GCL-PPCIRA pretendia melhorar a articulação entre os serviços, promovendo um trabalho conjunto, promotor de boas práticas e de ganhos em saúde. O serviço dispõe ainda de uma equipa médica permanente, composta por 10 médicos (reforçada diariamente com médicos externos contratados por empresas, e por médicos internos do ano comum e da especialidade), e de uma equipa de 54 assistentes operacionais (AO).

No decorrer do estágio realizado no SU do HD, no âmbito da presente unidade curricular, consegui aceder a alguns dados estatísticos, tendo obtido a devida autorização por parte da direção de enfermagem (anexo I).

O HD possuiu, em 2012, uma taxa de IACS de 13,2%, superior à média nacional, pelo que investir na prevenção das mesmas era emergente (HD, 2013). No que concerne à infeção por MRSA no HD tem-se vindo a notar um decréscimo na sua taxa de incidência desde o ano de 2008, contudo ainda é insuficiente face à média europeia (HD, 2013). Dos dados adquiridos do GCL-PPCIRA do HD realça-se o elevado número de colonizações por MRSA no exsudado nasal (181), seguido das secreções brônquicas (88) e do exsudado das feridas (77) no ano de 2012 (HD, 2013).

No SU do HD muitos esforços têm sido reunidos para fazer face a esta problemática. Assim, desde o ano de 2005 que se implementou um procedimento de vigilância ativa da infeção por microrganismos multirresistentes, adotando uma política de rastreio por parte de todos os serviços. Contudo, este procedimento foi alvo de revisão pelo GCL-PPCIRA em 2011, conferindo especial destaque ao SU, responsabilizando-o por rastrear todas as pessoas na admissão em SO, mediante alguns critérios de risco para infeção por MRSA, tais como: internamento hospitalar recente; idosos residentes em lar; hemodialisados, toxicodependentes; diabéticos insulino-tratados; história de estadia prolongada em unidades hospitalares; submetidos a vários regimes de antibioterapia; portadores de doença crónica ou imunossupressora; com soluções de continuidade da pele; ou submetidos a técnicas invasivas. Apesar deste protocolo, pouca foi a aderência dos enfermeiros do SU, acabando por passar a deteção pelos outros serviços, iniciando o tratamento de forma tardia, e colocando em risco os outros doentes. A par deste facto a análise dos seus resultados não era realizada de forma sistemática até 2014, com uma fraca aposta nas precauções de contacto, e mesmo nas PBCI.

Devido a este facto, em Fevereiro de 2014 houve um reavivar deste protocolo a par de uma maior aposta na consciencialização dos profissionais acerca das medidas de precaução básicas e de contacto, face à sua importância, como um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Através da observação e de entrevistas informais com a equipa de enfermagem durante o 2º semestre do curso (Unidade Curricular Opção II), pude constatar alguns problemas relacionados com o controlo de infeção, dos quais saliento: uso inadequado do equipamento de proteção individual (EPI); o défice de adesão à higienização das mãos; e a falta de informação fornecida à pessoa idosa e sua família, quer durante o seu internamento em SO, quer aquando da alta, ainda colonizada com MRSA, promovendo sentimentos de insegurança e ansiedade. Assim, pareceu ser

fulcral apostar na formação dos profissionais e dos próprios doentes/famílias, conferindo-lhes *empowerment* e capacidade de gestão do seu processo de vida e de doença (Morgan, Diekema, Sepkowitz & Psrencevich, 2009).

O enfermeiro especialista tem neste âmbito um papel de destaque, como elemento dinamizador de boas práticas de prevenção e controlo da infeção no seio da equipa multidisciplinar, implementando processos de formação, liderança e gestão, com vista à promoção de um ambiente terapêutico e seguro para as pessoas idosas (OE, 2010). Trata-se de assumir a responsabilidade ética de prevenção e identificação de práticas de risco, assente no respeito pelos valores humanos das pessoas idosas, assegurando a sua privacidade e autonomia (OE, 2001; OE, 2010).

Neste sentido, detetou-se a necessidade da equipa de enfermagem trabalhar em parceria com a pessoa idosa/família, envolvendo-a nos cuidados, conhecendo as suas preocupações e coresponsabilizando-se num trabalho conjunto pela prevenção das IACS. Este aspeto promoveu a reflexão acerca do ambiente da pessoa idosa isolada por colonização/infeção com MRSA no SO, contida num quarto fechado, sem luz natural, sem janela, confinada a meia hora de visita, e onde o contacto com os profissionais é escasso e envolto em batas e luvas, evitando-se a relação e a comunicação. É urgente que os enfermeiros do SU invistam numa relação de parceria com a pessoa idosa/família, promovendo a sua segurança, bem-estar e conforto, evitando danos, físicos e psicológicos, muitas vezes associados às medidas de isolamento de contacto, ajudando-a a lidar com a sua situação de doença, no contexto do seu projeto de vida (Gomes, 2013)

Outra lacuna identificada no SU prendia-se com a continuidade de cuidados muitas vezes diminuta ou ausente, revelando-se fundamental a criação de uma articulação eficaz entre o hospital e os cuidados de saúde primários aquando a alta da pessoa idosa colonizada com MRSA, de forma a promover a sua segurança e acompanhamento na comunidade. Com o intuito de minimizar este problema tornou-se pertinente dedicar um mês de estágio na UCC, de forma a: estabelecer um canal de comunicação efetivo com os cuidados de saúde primários; capacitar as pessoas idosas/família para o cuidado de Si; e contribuir para o desenvolvimento de competências nos profissionais desta instituição para a gestão dos casos de colonização por MRSA.

A UCC assume assim um importante destaque neste projeto, pois importa agir na prevenção da infeção, ao nível primário, permitindo conhecer a pessoa idosa na

comunidade, no seu ambiente e compreender as suas reais necessidades e preocupações. Nesta unidade trabalham 11 enfermeiras, uma especialista em enfermagem médico-cirúrgica (chefe/coordenadora) e uma em saúde materna e obstétrica, dando resposta a cerca de 38 pessoas, inseridas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), bem como a 144 pessoas em regime de visita domiciliária. Apesar da minha experiência profissional, não estava desperta para as particularidades do cuidado à pessoa idosa no domicílio, para o impacto psicológico e funcional que pode advir do internamento no SU, comprometedor do cuidado de Si no regresso a casa. Assim, realizar uma avaliação multidimensional precoce nos diferentes níveis de cuidados, pode prevenir estas complicações e traduzir-se em ganhos em saúde (Gomes, 2013).

Perante o problema em estudo e as competências a desenvolver, foi estabelecida como finalidade deste projeto: Desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre na área de intervenção da pessoa idosa, nomeadamente no que concerne à prevenção e controlo da infeção por MRSA e suas complicações, assente num modelo de parceria de cuidados com a pessoa idosa e sua família/cuidador, capaz de promover o cuidado de Si. Destaco como objetivos gerais deste projeto: (1) Desenvolver competências como enfermeira especialista na promoção do cuidado de Si à pessoa idosa hospitalizada, nomeadamente com MRSA, utilizando a parceria como intervenção de enfermagem; (2) Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar do SU e da UCC na prevenção e controlo da transmissão da infeção por MRSA.

O propósito deste projeto foi a obtenção de ganhos em saúde para a pessoa idosa, ao nível da melhoria da qualidade dos cuidados e da sua participação nos mesmos, permitindo continuar o seu projeto de vida, sem o desenvolvimento de IACS, nomeadamente por MRSA. Também se esperava a obtenção de ganhos na equipa do SU e da UCC melhorando as suas intervenções e garantindo a continuidade de cuidados. Para tal, importa explicitar a problemática das IACS na pessoa idosa, e mais especificamente do MRSA, conhecendo as intervenções recomendadas pela evidência científica e pelas diretrizes internacionais e nacionais, assente num cuidado em parceria, promotor do cuidado de Si, o que será abordado no próximo capítulo.

2.ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este capítulo tem como propósito explicitar o referencial conceptual mobilizado para o presente projeto de estágio, baseado na evidência científica, de forma a sustentar o problema de enfermagem identificado e as intervenções a serem desenvolvidas. Para tal, foi realizada uma revisão narrativa e sistemática da literatura (apêndice I), abordando nas secções que se seguem, o processo de envelhecimento, a problemática das IACS, e em particular do MRSA a nível internacional e nacional, as medidas de controlo de infeção recomendadas, e o modelo de intervenção de enfermagem em parceria “O cuidado de Si” (Gomes, 2009).

2.1.O Processo de envelhecimento

O aumento dos grupos etários seniores e a diminuição da população jovem, como consequência do decrescimento das taxas de mortalidade e de natalidade ao longo das últimas décadas, tem vindo a acentuar o envelhecimento da sociedade portuguesa e do resto da Europa (Carneiro et al, 2012; Bicudo, 2013; Cabral & Ferreira, 2014). A nível nacional e de acordo com dados dos Censos de 2011 a população idosa representa 19,15%, da população, prevendo-se que atinja 35,72% em 2050 (Governo de Portugal, 2012). Segundo dados recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE) [2014] prevê-se que o índice de envelhecimento aumente de 131 para 307 idosos por cada 100 jovens entre 2012 e 2060, denotando-se um forte envelhecimento demográfico.

O Conselho Económico e Social de Portugal (2013) considera que o aumento da longevidade é um aspeto muito positivo que resulta de inquestionáveis progressos da nossa sociedade, em áreas como a saúde, a educação, a nutrição, as condições de trabalho e de vida. Contudo, esta realidade exige a criação de condições para promover a participação ativa das pessoas idosas no domínio social, económico, cultural e político, combatendo as discriminações baseadas na idade, de forma a promover um envelhecimento saudável.

O envelhecimento é um processo natural de mudança progressiva a nível biológico, psicológico e social dos indivíduos, que se inicia mesmo antes do nascimento e, se desenvolve ao longo da vida (DGS, 2006; Bicudo, 2013; Fernandes, 2013). Para Bicudo (2013) cada pessoa envelhece à sua maneira, fruto da sua história e do seu projeto de vida, do meio onde está inserida e dos seus hábitos e costumes.

Carneiro et al (2012, p.18) corrobora esta ideia mencionando que “Envelhecer bem é um processo heterogêneo e diferenciado na medida em que cada um(a) vive em contextos físicos, sociais e humanos diferentes e é portador(a) de vivências e projetos de vida idiossincráticos”.

Consta no Plano Nacional de Saúde para as Pessoa Idosas que a patologia crónica múltipla, os internamentos institucionais, a polimedicação, os acidentes domésticos e de viação, o isolamento social, o luto, as alterações da estrutura familiar, as fragilidades económicas e as condições habitacionais são fatores que condicionam a saúde das pessoas idosas, exigindo uma avaliação e atuação multidisciplinar nos diferentes níveis de cuidados e de trabalho em equipa (DGS, 2006). Muitas doenças encontram-se frequentemente associadas com situações suscetíveis de prevenção, podendo causar incapacidade, com consequências psicológicas (DGS, 2006). Este desígnio é também defendido por Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques (2013) referindo que o declínio gradual do estado de saúde é o factor mais condicionante do processo de envelhecimento, podendo comprometer a sua autonomia e independência, principalmente quando carecem de internamento hospitalar.

O internamento hospitalar pode trazer inúmeras complicações para a pessoa idosa, nomeadamente as IACS, face à sua vulnerabilidade e fragilidade, quer indiciada pelas suas doenças crónicas, imunidade deprimida ou estado de desnutrição, quer por estarem sujeitos a terapêuticas imunossupressoras ou a técnicas invasivas de diagnóstico e tratamento, que desde logo rompem as barreiras anatómicas de defesa (Lito, 2010). Assim, a hospitalização pode causar vivências stressantes e capazes de afetar o seu estado funcional e psicológico, sendo crucial o estabelecimento de uma relação de parceria com a pessoa idosa/família, respeitando a sua dignidade e estabelecendo compromissos, de forma a prevenir complicações e proporcionar-lhe conforto e bem-estar (Cabete, 2005; Gomes, 2013). Importa assim, apostar na promoção da saúde e nos cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas, para um envelhecimento saudável, com qualidade de vida (DGS, 2006).

Os enfermeiros assumem, assim, um papel preponderante no sentido de criar condições que ajudem a pessoa idosa a experienciar situações de transição, de acordo com a fase do processo de envelhecimento que se encontra e as alterações de saúde que apresenta, mobilizando recursos, capacitando-a e prevenindo danos, nomeadamente as IACS e suas complicações.

2.2.As Infecções associadas aos cuidados de saúde como acontecimento adverso na pessoa idosa

A qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente ao nível da manutenção de um ambiente seguro, é uma preocupação crescente na atualidade, no seio das instituições, pelo que a prevenção de acontecimentos adversos para as pessoas é prioritário. As IACS assumem cada vez maior importância em Portugal e no mundo, dificultando o tratamento adequado dos doentes, sendo causa significativa de morbilidade e mortalidade nas pessoas idosas, bem como de consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários (DGS, 2015).

As IACS são infeções localizadas ou sistémicas resultantes de uma reação adversa à presença de um agente infeccioso ou sua toxina, em regime hospitalar ou ambulatório, que não se encontrava presente ou em incubação no momento da admissão (McKibben et al). O conceito IACS abrange todas as unidades de saúde, sendo de extrema importância assegurar a sua comunicação e articulação (DGS, 2007). Segundo o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) [2015] cerca de 1 em cada 25 pacientes internados nos Estados Unidos da América (EUA) sofrem de uma IACS, com consequências emocionais, financeiras e médicas (CDC, 2015).

Em Portugal, no ano de 2011 foram contabilizados 11357 óbitos associados ao controlo de infeção e à resistência aos antimicrobianos (DGS, 2013a). Segundo Pintado (2010) durante a hospitalização 5-10% das pessoas admitidas adquirem IACS, sendo considerado um grave problema de segurança do doente.

A prescrição inadequada e exagerada de antibióticos, a utilização cada vez mais comum de fármacos depressores da imunidade e de técnicas invasivas de diagnóstico e tratamento, aliados ao envelhecimento da população, constituem no seu todo os principais fatores que contribuem para o incremento das IACS (Lito, 2010).

O controlo das IACS está assim associado à prevenção da resistência aos antimicrobianos. Estes assumiram um importante papel no tratamento das pessoas com infeções a partir da década de 40, contribuindo para a redução da mortalidade (DGS, 2015). Contudo, o seu uso maciço promoveu a emergência e seleção de bactérias resistentes e multirresistentes, com existência de evidência de associação entre o nível de utilização de classes específicas de antibióticos e a resistência bacteriana a essas mesmas classes (DGS, 2015). Estas bactérias suscetíveis a poucos antibióticos levam a infeções de tratamento difíceis, como o caso do MRSA. Urge na atualidade reduzir a pressão antibiótica, prevenindo todas as infeções

evitáveis, não utilizando antibióticos indeterminadamente, quando não existe infeção e reduzindo a duração do tratamento ao mínimo indispensável para curar a infeção e evitar a recidiva (DGS, 2015).

A infeção hospitalar é tão mais frequente quanto maior for a idade do doente e maior a duração do internamento (DGS, 2013a). Segundo um inquérito de prevalência desenvolvido pela DGS em 2012, as pessoas idosas possuem uma taxa de IACS de 12,6 dos 65 aos 74 anos, de 12,8% dos 75-84 anos, subindo para os 13,8% a partir dos 85 anos, e de 47%, 50,2%, e 56,6% de consumo de antimicrobianos respetivamente (DGS, 2013a). Esta faixa etária constitui assim um grupo vulnerável, no qual as IACS acarretam fortes implicações, quer a nível de custos diretos da saúde, sendo causa de prolongamento dos internamentos e do recurso a sofisticados meios de diagnóstico e à prescrição, de antibióticos e de outros fármacos dispendiosos, quer de custos indiretos pela incapacidade e sofrimento que originam, condicionando a qualidade de vida da pessoa e família (Lito, 2010).

Portugal apresentou em 2014 uma percentagem média nacional de doentes com colonização ou infeção por microrganismos problema ou alerta de cerca de 1.3% (DGS, 2015). Consideram-se microrganismos problema aqueles que causam frequentemente doença e que apresentam taxas de resistência epidemiologicamente significativas, como o MRSA (DGS, 2013e). Os microrganismos alerta são os que apresentam um padrão de resistência ou resistência intermédia aos antimicrobianos pouco habitual ou de baixa prevalência na instituição de saúde e que, por este motivo, implicam a implementação de medidas urgentes para a sua contenção, como o caso do vancomycin-resistant *Staphylococcus aureus* (VRSA) (DGS, 2013e).

As IACS são um flagelo para os sistemas de saúde e impõem encargos desnecessários aos doentes e famílias, nas quais emerge a infeção por MRSA que se assume como um problema de saúde pública, tornando-se imperativo a adoção de medidas de prevenção e controlo e o desenvolvimento de projetos que envolvam toda a equipa multidisciplinar.

2.3. A infecção por MRSA na pessoa idosa

O MRSA trata-se de uma bactéria multirresistente que pertence ao género do *staphylococcus* e é responsável pela maioria das IACS. São bactérias resistentes aos antibióticos beta-lactâmicos, que incluem a meticilina e outros antibióticos mais comuns, tais como oxacilina, penicilina, e amoxicilina (CDC, 2013). “A emergência da resistência a meticilina transformou este agente patogénico ubíquo num desafio terapêutico à escala global” (DGS, 2014a,p.13).

O *staphylococcus aureus* é uma bactéria gram positiva cujo reservatório principal é o ser humano (Silva et al, 2010). Este microrganismo coloniza a pele em cerca de 30% dos indivíduos saudáveis, nomeadamente a mucosa nasal, a axila, a virilha e o períneo, sem causar sinais e sintomas clínicos adversos (CDC, 2013; Coia et al, 2006). Esta bactéria pode infectar furúnculos, feridas ou outras lesões cutâneas, podendo entrar na corrente sanguínea e causar infeções graves, que podem ser fatais, incluindo septicémias, pneumonias, endocardites e osteomielites (CDC, 2013). Segundo Ridgway et al (2013) a colonização por MRSA está associada a subsequente infeção.

O MRSA foi descoberto no Reino Unido em 1961, pouco tempo após a introdução da meticilina, generalizando-se em todo o mundo durante os anos 80 e 90 (Valadas, 2010). Até aos anos 90 as infeções devido a MRSA eram raramente observadas na comunidade, tendo os primeiros casos sido detetados na Austrália e nos EUA, associados a populações com cuidados de higiene deficitários e onde a partilha de objetos pessoais era frequente, provocando infeções da pele e tecidos moles (Kock et al, 2010). Assim foram surgindo diferentes reservatórios epidemiológicos de MRSA, dando lugar ao MRSA associado aos cuidados de saúde (HA-MRSA), MRSA associado à comunidade (CA-MRSA), e MRSA associado à pecuária (LA-MRSA) [Kock et al, 2010]. O HA-MRSA é a estirpe mais frequentes, contudo assiste-se na atualidade à sua expansão para o exterior do meio hospitalar, abrangendo as unidades de saúde na comunidade. Para o sucesso a longo prazo do controlo do MRSA é necessária uma ação coordenada entre os diferentes setores da saúde (agudo, longo prazo e ambatório) e os cuidados veterinários a nível europeu (Kock et al, 2010).

Em 2008, na Europa, as infeções por MRSA representavam 44% das infeções hospitalares, sendo responsáveis por 41% dos dias de internamento e 21% da mortalidade decorrente das infeções hospitalares (ECDC, 2009). Segundo Kock et al

(2010) as infeções por MRSA afetam cerca de mais de 150.000 doentes anualmente, com um acréscimo de custos atribuíveis de 380.000M€ aos sistemas de saúde da UE. A prevenção e controlo da infeção por MRSA é considerada pela UE como uma prioridade de saúde pública (Kock et al, 2010).

Contudo, de acordo com dados de vigilância epidemiológica da ECDC (2013b) a infeção por MRSA tem vindo a diminuir na Europa no período de 2010 a 2013, mas a redução foi menos acentuada em comparação com os 4 anos anteriores. Grandes variações entre países foram observadas em toda a Europa em 2013, apresentando percentagens de MRSA que variam entre menos de 1% para mais de 60% (ECDC, 2014). O MRSA continua a ser um problema de saúde pública na UE, e em Portugal de forma preocupante, consistindo num dos 7 países dos 30 estudados que apresenta uma taxa de MRSA superior a 25% (ECDC, 2014).

Segundo o inquérito europeu de prevalência da infeção de 2011-2012 revela que o *Staphylococcus aureus* foi o agente responsável por 12,3% das IACS, e taxa de resistência à metilicina apurada foi de 41,2% (ECDC, 2012).

O último inquérito de prevalência de infeção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos Hospitais Portugueses, que decorreu em 2012, revelou que o 34% dos microrganismos isolados a nível hospitalar eram cocos gram positivos, dos quais 53,5% eram *Staphylococcus aureus*. (73,7% MRSA) [DGS, 2013b]. Na vigilância epidemiológica das infeções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS) a nível nacional há a salientar que a percentagem de INCS por MRSA sobre o total de INCS por *Staphylococcus aureus* tem variado nos últimos 6 anos entre 59,7% e 67,3%, e a taxa de INCS por MRSA por 1000 dias de internamento entre 0,16 e 0,18 (DGS, 2014b).

Face ao exposto, pode-se afirmar que o controlo da infeção e a prevenção de resistências aos antimicrobianos são duas faces da mesma moeda, com estratégias de atuação complementares, o que justificou, em 2013, a fusão do programa da prevenção e do controlo das IACS e do programa de prevenção das resistências aos antibióticos, no Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos, conforme Despacho do Secretário de Estado Adjunto no Ministério da saúde nº 2902/2013, de 22 de Fevereiro (DGS, 2013b). Este programa, de caráter prioritário, tem como objetivo a redução da taxa de IACS, a promoção da correta utilização de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos (DGS, 2013b). Foram também estabelecidos alguns

objetivos específicos a alcançar, dos quais saliento: uma maior adesão dos hospitais à vigilância de microrganismos resistentes e uma diminuição da taxa de bacteriemia por MRSA no total de *Staphylococcus aureus* (DGS, 2013b).

Como estratégias de intervenção face a esta problemática, a DGS (2013c) recomenda o envolvimento dos vários níveis de prestação de cuidados e dos diferentes níveis de decisão (local, regional e nacional), com uma forte aposta na formação dos profissionais, na vigilância epidemiológica, na normalização e monitorização de procedimentos, na inclusão de indicadores de desempenho hospitalar, com vista à aquisição de incentivos financeiros. A vigilância epidemiológica é descrita por Peres & Pina (2008) como um importante instrumento para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados, tida como uma informação para a ação, permitindo contabilizar as IACS, avaliar os fatores de risco e monitorizar os procedimentos e práticas na adesão aos princípios de controlo de infeção, permitindo apurar novas necessidades.

Em Portugal as taxas de MRSA mantêm-se muito elevadas, assumindo um caráter endémico e de preocupação crescente perante a ocorrência e disseminação de casos de VRSA, sendo de salientar que foi em Portugal, no ano de 2013, que se diagnosticou o primeiro caso a nível europeu deste agente (DGS, 2014a). Neste âmbito, têm sido publicadas, pela DGS, várias normas e orientações, nomeadamente sobre vigilância epidemiológica das resistências aos antimicrobianos, sobre a duração da terapêutica antibiótica, sobre as PBCI e o uso de luvas (DGS, 2013e; DGS, 2013f; DGS, 2014b).

A DGS em Dezembro de 2014 divulgou a norma nº018/2014, acerca da Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por MRSA, emanando orientações de atuação perante os casos suspeitos de colonização/infeção por MRSA, preconizando a realização de um rastreio aos doentes admitidos nas unidades de internamento hospitalar que reúnam um dos fatores de risco: pessoas idosas residentes em lar ou em instituições de cuidados continuados; história de internamento ou sob regime de antibioterapia nos últimos 6 meses; portador de insuficiência renal crónica sob hemodiálise; portador de feridas crónica ou/e dispositivos invasivos na comunidade; transferência inter-hospitalar, com estadia na anterior unidade hospitalar superior a 48h; e história de colonização prévia com MRSA (DGS, 2014a).

Os fatores de risco mencionados na respetiva norma vão ao encontro com os descritos pela evidência científica, cujos autores descrevem como sendo: pessoas

idosas e residentes em lar; história de colonização/infeção por MRSA ou contacto com portadores; hospitalizações frequentes ou recentes; transferências inter-hospitalares; uso recente de antibióticos ou imunossupressores; doenças crónicas de pele; diabetes mellitus; pessoas sob hemodialise (Coia et al, 2006; Upshaw-Owens & Bailey; 2012; Torres & Sampathkumar, 2013; Chen & Pass; 2013).

A DGS (2014a) prevê a obtenção e análise dos indicadores: número de infeções da corrente sanguínea por MRSA adquiridas no hospital por mil dias de internamento, taxa de MRSA sobre *Stapylococcus aureus* em hemoculturas, e número de novos casos de colonização ou infeção por MRSA sobre o total de casos internado por mais de 48h, num determinado período de tempo. Torna-se assim urgente as instituições hospitalares ajustarem as suas políticas de prevenção e controlo de infeção para dar resposta a estes indicadores, que retratam a qualidade dos cuidados prestados.

A Fundação Calouste Gulbenkian em 2014 emitiu um relatório onde traça três desafios urgentes em saúde, em que um deles consiste em baixar para metade as infeções hospitalares, poupando segundo estimativas do Ministério da Saúde cerca de 280 milhões de euros cada ano (Crisp et al, 2014).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020 traça como metas para o final de 2020: atingir uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8%; reduzir em 50% face a 2014, o consumo de antimicrobianos; atingir uma taxa de MRSA de 20%; reduzir em 50% face a 2014, o consumo de carbapenemes; reduzir em 50% face a 2014, o consumo de quinolonas (DGS, 2015). Para tal devem ser monitorizadas as IACS e o uso de antibióticos em ambulatório e em meio hospitalar, e resistências aos mesmos, repondo anualmente à DGS os resultados (DGS, 2015).

De acordo com as diretrizes internacionais e nacionais importa investir em medidas de prevenção e controlo da infeção por MRSA por parte da equipa multidisciplinar, promovendo a qualidade e segurança dos cuidados à pessoa idosa, e diminuindo prováveis custos económicos, físicos, psicológicos e familiares associados (DGS, 2014a).

2.4. Medidas de prevenção e controlo do MRSA

De forma a prevenir a infeção por MRSA é crucial a implementação de normas e rotinas destinadas a limitar a disseminação deste agente entre as pessoas idosas hospitalizadas, mediante a sua resistência a múltiplos antibióticos, a sua toxicidade e o seu elevado custo do tratamento (Valadas, 2010).

A bactéria MRSA propaga-se via contacto direto ou indireto. Por contacto direto exige que os microrganismos sejam transferidos de uma pessoa infetada para outra, sem um objeto ou pessoa intermediária contaminada (Siegel, Rhinehart, Jackson & Chiarello, 2007). O contacto indireto envolve a transferência do agente através de um veículo intermediário contaminado, inanimado, como os termómetros, dispositivos de monitorização ou instrumentos cirúrgicos, ou animado, através das mãos ou uniforme contaminado dos profissionais de saúde (Siegel et al, 2007). Os profissionais de saúde ao prestarem cuidados a pessoas portadoras ou a manusear objetos colonizados com MRSA, podem contaminar as suas mãos e subsequentemente transmitir o agente a outras pessoas, promovendo a transmissão cruzada (Valadas, 2010, Ramirez, 2010).

A adoção de uma cultura de vigilância ativa no SU é uma medida crucial para controlar a disseminação deste agente, conforme expresso pela DGS (2014a) e comprovado pelos estudos de Eveillard et al (2006), Coia et al (2006) e Health Protection Scotland (2013), permitindo a identificação precoce dos portadores de MRSA, procedendo ao seu isolamento e tratamento, através de um rastreio na admissão hospitalar. No entanto, Coia et al (2006), no seu estudo, concluiu que a sua realização universal não dispõe de efetividade clínica e económica, devendo ser baseada nos fatores de risco presentes, tal como defendido pela DGS (2014a).

Na escócia desde 2009 que adotaram um programa de rastreio às pessoas na admissão hospitalar para despiste de colonização/infeção por MRSA, com base numa avaliação dos fatores de risco presentes, com realização de uma zaragatoa a nível nasal e outra a nível perineal, assistindo-se a uma redução do risco de autoinfeção e de infeção cruzada e uma diminuição do recurso adicional aos serviços de saúde, de acordo com a *Health Protection Scotland* (2013).

A DGS (2014a) de acordo com a norma nº018/2014 refere que o rastreio dos portadores deve ser realizado na admissão, através de zaragatoa nasal e amostra de ferida cutânea (se existir), devendo permanecer em situação de isolamento de contacto até conhecimento do resultado. O rastreio extranasal aumenta a deteção de colonização por MRSA em cerca de 33% quando comparado com o rastreio nasal,

que deteta 66% dos portadores de MRSA (DGS, 2014a). McKinnell et al (2013) no seu estudo constatou que amostras da orofaringe, axilas, feridas e reto aumentam a deteção em 21%, 7%, 17% e 20% respetivamente, tendo elevado valor diagnostico apenas em casos de surtos ou exclusão de doença persistente após descolonização.

Os enfermeiros são apontados no estudo de Moura, Pimenta, Hayashida, Cruz, Canini & Gir (2011) como a classe profissional com maior risco de colonização por MRSA. Porém, Peres (2007) afirma que o seu rastreio apenas é aconselhado em caso de surtos ou em casos epidemiologicamente implicados como uma fonte provável de transmissão contínua aos doentes (Peres, 2007).

A descolonização tem vindo a ser utilizada como medida adjuvante, com o recurso a agentes tópicos, como pomada de mupirocina para aplicação nasal e desinfetante para lavagem corporal e do cabelo (Coia et al, 2006; Peres, 2007). A DGS (2014a) em conformidade com a evidência científica preconiza que a descolonização das pessoas deve ser efetuada com mupirocina a 2% pomada nasal (três aplicações diárias em ambas as narinas) associado ao banho antisséptico com gluconato de clorhexidina a 2% (DGS, 2014a). Uma vez efetuada a descolonização deve monitorizar-se a sua eficácia, com realização de três rastreios de *follow-up*, o primeiro 48h após terminar o tratamento e os restantes com intervalos semanais (DGS, 2014a). Se falhar o primeiro esquema de descolonização, deve repetir-se o tratamento, nunca se efetuando mais de dois cursos de descolonização (DGS, 2014a).

Coia et al (2006) e Glick et al (2013) mencionam que a eficácia clínica do rastreio dependerá da sua capacidade de desencadear intervenções, ou seja, a sua eficácia pode ser influenciada pelas medidas de precaução básicas e de contacto.

Assim, como intervenções de enfermagem para prevenir a infeção por MRSA, posso concluir que a vigilância ativa desempenha um importante papel como estratégia combinada com outras medidas como: higienização das mãos; uso de precauções de barreira, como luvas, bata e avental; a desinfecção adequada dos equipamentos e superfícies do ambiente; cumprimento do isolamento de contacto, em quarto individual ou em coorte; formação dos profissionais e doentes/famílias; e prescrição racional de antibióticos (Torres & Sampathkumar, 2013; Fairclough, 2007; Noble, 2009). Upshave-Owens & Bailey (2012) sugerem também o desenvolvimento de um sistema de notificação eficaz, de forma a melhorar a comunicação do laboratório com os profissionais de saúde, e outro de alerta que identifique as pessoas com história de colonização/infeção com MRSA logo no momento da readmissão.

A higienização das mãos assume-se como a estratégia de prevenção fulcral, consistindo na principal via de transmissão de MRSA. Este facto foi demonstrado num estudo nacional, realizado nos autocarros da cidade de Lisboa, onde se verificou que 36,2% estavam contaminados com MRSA, correspondendo àqueles que faziam a sua rota perto dos hospitais (Conceição, Diamantino, Coelho, Lencastre & Aires-de-Sousa, 2013). Esta conclusão sugere a necessidade de apostar na higienização das mãos de todos os profissionais e visitas, de forma a prevenir a disseminação do microrganismo.

No cuidado à pessoa idosa com MRSA surge a necessidade de se proceder ao seu isolamento de contacto de forma a prevenir a disseminação do microrganismo, tal como mencionado na norma nº018/2014 da DGS, em quarto individual, preferencialmente com sanitários independentes ou em regime de coorte. Na prestação de cuidados à pessoa colonizada/infetada com MRSA devem ser utilizados materiais individualizados, e adotar precauções de contacto (luvas e avental de uso único), incluindo máscara cirúrgica se existir risco de salpico de secreções ou fluidos, aspiração de secreções ou terapia respiratória, até à sua alta ou até documentação que comprove a inexistência do agente (DGS, 2014a). Estas medidas de proteção de contacto devem também ser utilizadas pelas visitas/família da pessoa colonizada ou infetada por MRSA ou em situação de suspeita, mas sempre mediante o ensino e supervisão do enfermeiro e/ou médico (DGS, 2014a).

Segundo Morgan, Diekema, Sepkowitz & Psrencevich (2009) o isolamento de contacto comporta também o isolamento social, com inúmeros efeitos adversos não infecciosos que é urgente prevenir, tais como a insatisfação, a depressão, o *stress* e a ansiedade, afetando os indivíduos emocionalmente. É essencial tomar medidas de forma a amenizar estas consequências deletérias, através de uma maior aposta na comunicação com a pessoa antes e durante o isolamento e investindo na formação dos profissionais (Morgan et al, 2009).

A educação da pessoa colonizada/infetada com MRSA e sua família é tido como fundamental no artigo de Duncan & Dealey (2006) e de Noble (2009) de forma a promover o seu *empowerment* e capacitação, salientando a importância de explicar os procedimentos a seguir, as medidas de precaução implicadas, envolvendo-a no tratamento e gestão do seu processo de doença. Gomes (2013) refere que a educação deve dirigir-se às necessidades e preocupações da pessoa, promovendo a sua autonomia e implicando-a nas decisões e objetivos a atingir. O enfermeiro deve

“contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”, conforme consta no artigo 84º do Código Deontológico (OE, 2009, p.4).

Os estudos de Silva et al (2010) e de Seibert, Speroni, Oh, DeVoe & Jacobsen (2014) identificaram algumas barreiras na intervenção dos profissionais de saúde, tais como: falta de conhecimento e formação sobre MRSA; difícil acesso ao EPI; trabalho em equipa ineficaz; poucos recursos humanos; falta de sinalização acerca da atuação em caso de isolamento; questões ambientais; e a pressão do tempo. É primordial avaliar e dar resposta às necessidades sentidas pelos profissionais, intervindo de forma personalizada em cada contexto de cuidados.

Segundo Coia et al (2006) o sucesso dos programas de prevenção e controlo da infeção por MRSA dependem da existência de estruturas físicas adequadas, do conhecimento e sensibilização da equipa multidisciplinar, da existência de políticas na admissão e de comunicação entre as instituições de saúde. Lito (2010) e Lecour (2010) corroboram este último item, referindo que para uma correta gestão do controlo da transmissão de estirpes multirresistentes, como o MRSA, quer no hospital, quer após a alta, é necessário criar uma interação entre os serviços de saúde com internamento e os serviços de prestação de cuidados primários para assegurar a continuidade de cuidados. Este facto revela-se crucial quando a colonização por MRSA não constitui indicação para não dar alta hospitalar ao doente, antes de completar a descolonização, nomeadamente do hospital de cuidados agudos para unidades de internamento de cuidados continuados ou lares de idosos (DGS, 2014a).

Em suma, os profissionais de saúde desempenham um importante papel na quebra da cadeia de transmissão deste agente nos diferentes contextos dos cuidados de saúde, sendo essencial apostar na sua formação e responsabilização (Silva et al, 2010). Tal como consta no artigo nº 83 do Código Deontológico, o enfermeiro deve coresponsabilizar-se pelo atendimento ao indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento” (OE, 2009). A prevenção da infeção por MRSA passa pela “existência de um ambiente seguro para a realização do cuidado”, que previna complicações, o que só é possível através de uma relação de parceria com a pessoa idosa/família que promova o cuidado de Si o continuar com o seu projeto de vida e de saúde (Gomes, 2013, p.94).

2.5.Cuidar em parceria nas situações de infecção ou colonização por MRSA

As IACS provocam um forte impacto nas pessoas idosas, não só a nível da sua funcionalidade física, mas também do seu bem-estar psicológico (Ducel, Fabry & Nicolle, 2002). Peres (2007) salienta que a aquisição de uma infecção no decurso do internamento hospitalar poderá ser encarado como um acontecimento negativo, adicional, inesperado, a juntar à razão inicial do internamento, originando sentimentos de tristeza, insegurança e frustração. Para além disso, se esta infecção for provocada por MRSA, haverá necessidade de medidas de isolamento de contacto, promotoras do isolamento social e da depressão, sendo fundamental o estabelecimento de uma relação de parceria com a pessoa idosa /família, de forma a limitar estes efeitos negativos (Gomes, 2013).

A pessoa idosa hospitalizada experiencia um processo de transição saúde-doença, ao qual tem que se adaptar e que pode ser exacerbado pela situação clínica aguda e pelo ambiente que a rodeia, podendo manifestar incapacidade de cuidar de si (Meleis, 2012). Meleis (2012) preconiza que o enfermeiro interaja e intervenha de forma terapêutica, tendo em conta as necessidades identificadas, com o intuito de tornar a pessoa menos vulnerável, facilitando a realização desta transição. Este objetivo só é possível através do estabelecimento de uma relação de confiança, promotora de bem-estar na pessoa idosa/família.

É fulcral assumir a pessoa como central, tornando-se o fio condutor na prestação de cuidados, onde o poder é partilhado, a ação conjunta e o objetivo comum, pois embora o enfermeiro e a pessoa tenham papéis diferentes, estes complementam-se, sentindo-se cada um parceiro de um mesmo projeto (Collière, 1999; Gomes, 2013). É necessário que haja uma prevalência do *care* sobre o *cure* de forma a manter “todas as forças vivas da pessoa, de tudo o que a fez ser e desejar reagir”, o que só é possível mediante um conhecimento do que diz respeito à pessoa, ao seu ambiente e à sua doença (Collière, 1999, p.239).

Neste sentido Gomes (2009, p.237) construiu o “modelo de cuidado de Si – um modelo de intervenção em parceria com a pessoa idosa”, que oferece aos enfermeiros uma visão estruturada de como este processo de parceria pode ser implementado no dia-a-dia do trabalho relacional de enfermagem. De acordo com a autora, o processo de parceria como promotor do cuidado de Si tem como condições fundamentais, a necessidade de ver a pessoa idosa como um ser de projeto e de cuidado, o que implica um olhar a pessoa idosa para além de um Ser de necessidades, assumindo-o

como um ser de património singular, dotado de uma identidade própria, com os seus direitos e quereres (Gomes, 2007; Gomes, 2013). O enfermeiro na relação de cuidados deverá ter tempo e espaço para construir uma relação de qualidade, promotora de confiança e respeito pela identidade e intimidade da pessoa idosa, garantindo a existência de um ambiente seguro (Gomes, 2013).

Quando a pessoa idosa, em situação de vulnerabilidade e dependência, tem capacidade de autonomia, o enfermeiro deverá construir uma ação conjunta, que visa capacitar a pessoa para assumir o controlo do cuidado de Si, respeitando o seu ritmo e tempo. A comunicação que se estabelece é fundamental para que haja partilha de poder como um processo negociado, que leve à criação de compromissos que reflitam a escolha da pessoa, nos quais o enfermeiro só tenha que coadjuvar, validando com este os cuidados prestados (Gomes, 2013). O enfermeiro ajuda a pessoa idosa a gerir e a lidar com a situação de doença, mantendo-se sempre como recurso, transmitindo-lhe tranquilidade (Gomes, 2013).

Em situações em que a pessoa idosa, com dependência e vulnerabilidade, não tem capacidade de autonomia, a estratégia a adotar passa pela construção de uma ação em que o enfermeiro assegura o cuidado de Si (cuidado do outro), assumindo ele próprio o cuidado que o outro devia ter consigo próprio, ou capacitando a família/cuidador para o fazer, assente no respeito pelo outro e na corresponsabilidade (Gomes, 2013). Embora neste contexto não exista partilha ao nível da decisão, existe a nível dos significados da experiência na ação de cuidados, configurando-se o cuidado como protetor, mantendo a identidade e dignidade da pessoa idosa, para que possa prosseguir na sua trajetória de vida (Gomes, 2013).

O enfermeiro segundo Gomes (2013, p.97) “mostra preocupação pelo Outro, que faz com que antecipe complicações e lhe proporcione conforto e bem-estar” vendo-o com um ser de ação, decisão e cuidado. Assim, é fundamental a manutenção de um ambiente seguro no cuidado à pessoa idosa, prevenindo e controlando a infeção por MRSA, através de um diagnóstico atempado e de boas práticas na equipa.

O processo de parceria entre o enfermeiro e o doente idoso, na relação de cuidados, é caracterizado por 5 fases que se interrelacionam, desenrolando-se num *continuum*, conforme esquematizado na figura 1 abaixo indicada.

Figura 1. Fases da construção do processo de parceria



A primeira fase revelar-se, caracteriza-se pelo conhecimento mútuo, o enfermeiro dá-se a conhecer e tenta conhecer a pessoa doente, vendo-o como um ser de projeto e de cuidados, demonstrando disponibilidade, respeito e afetividade (Gomes, 2009). O enfermeiro esforça-se por conhecer a identidade, os valores, a cultura, e o contexto social e familiar da pessoa idosa, compreendendo o acontecimento de doença e o seu significado, de forma a implementar estratégias para promover a sua autonomia. Urge também perceber o potencial de desenvolvimento da pessoa no sentido de ajudar a promover o seu projeto de saúde e de vida e a realização de Si (Gomes, 2013).

A segunda fase envolver-se, dá-se um desenvolvimento de uma relação de qualidade e confiança entre o enfermeiro e a pessoa idosa, conferindo tempo e espaço para estar e escutar, demonstrando competência técnica e relacional. O enfermeiro tenta identificar o que há de mais singular na pessoa idosa, de forma a mobilizar esses dados na ação e na relação (Gomes, 2009). Através deste envolvimento o enfermeiro acede às suas preocupações, necessidades e potencialidades, compreendendo o que a motiva e dá sentido à sua vida (Gomes, 2013). A pessoa idosa sente nesta fase que é valorizada e escutada, não se sentindo como um fardo (Gomes, 2009). Há que lutar contra esta “contradição silenciosa”, em que as pessoas consideram que a sua opinião não conta por serem idosos, e investir numa relação autêntica de parceria, não deixando lugar a supremacias de poder (Gomes, 2009 p.175).

Na terceira fase, capacitar ou possibilitar, o enfermeiro desenvolve uma ação informada, esclarecida, reflexiva e negociada com a pessoa idosa, assente num trabalho conjunto e partilhado de poder, na qual mobiliza a sua singularidade, de forma a transformar capacidades potenciais em reais, para que possa vir a assumir o controlo do cuidado de Si (Gomes, 2013). Quando a pessoa idosa não tem capacidade

para assegurar o cuidado de Si próprio, o enfermeiro ou família assume a responsabilidade dos cuidados que o Outro deveria ter consigo próprio se tivesse capacidade de autonomia. Assim, nesta fase importa capacitar o cuidador familiar para cuidar da pessoa idosa, num assumir do cuidado que a pessoa devia de ter consigo própria, antecipando complicações e promovendo o conforto e bem-estar (Gomes, 2013). Quando é o enfermeiro a assegurar o cuidado do outro deve usar todos os seus saberes e o seu conhecimento acerca da pessoa, mantendo a sua identidade. Segundo Gomes (2009, p.2012) os “enfermeiros procuram manter o *self* da pessoa vivo, e não só o seu corpo vivo”.

A quarta fase comprometer-se, traduz-se num esforço conjunto para atingir os objetivos traçados, assegurando a continuação do projeto de vida e de saúde da pessoa idosa (Gomes, 2013). O enfermeiro ajuda e dá suporte aos compromissos que a pessoa assume tendo em conta o que faz sentido para si, ou efetua um compromisso com o cuidado da mesma (Gomes, 2013). O enfermeiro apoia a pessoa idosa/família nesta fase de transição de capacidades potenciais para reais, dando reforço positivo, estimulando, escutando e mostrando disponibilidade para ajudar a ultrapassar as dificuldades (Gomes, 2013).

A última e quinta fase é composta por duas vertentes: o assumir o controlo do cuidado de Si próprio, na qual a pessoa idosa consegue ter controlo sobre a sua trajetória de vida, está informada e consegue tomar decisões e gerir a sua situação de doença, manifestando bem-estar; por outro lado, assegurar o cuidado do Outro, na qual a família adquire capacidades para ajudar da pessoa idosa, assumindo-se como responsável pelo seu cuidado (Gomes, 2013).

A pessoa idosa com infeção por MRSA é sobretudo uma pessoa com uma identidade própria, dotada de um projeto de vida que é necessário respeitar, e como tal as medidas de prevenção e controlo tem que ser implementadas com base numa relação de parceria, dando lugar à comunicação, negociação e ao estabelecimento de compromissos, de forma a evitar complicações e manter um ambiente seguro. O isolamento de contacto pode implicar menos contacto com os profissionais de saúde e com a família, pelo que deve ser implementado de forma coerente e responsável. Em parceria é possível minimizar os efeitos negativos e maximizar os positivos, promovendo o bem-estar da pessoa idosa e sua família, facilitando o processo de transição saudável e persecução da sua trajetória de vida.

3.METODOLOGIA DE PROJETO

A metodologia de projeto assenta “numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência” (Ruivo et al, 2010, p.2). Trata-se de um processo dinâmico e flexível, que se vai moldando ao longo do trajeto, e que pressupõe sempre um trabalho em grupo, onde todos os intervenientes são envolvidos no seu planeamento e intervêm de forma ativa (Ruivo et al, 2010). É estabelecida uma ponte entre a teoria e prática, em que o investigador interfere no próprio campo da investigação, estando diretamente ligado às consequências da sua ação e intervenção (Ruivo, Ferrito & Nunes 2010). Esta metodologia é composta por cinco etapas interrelacionadas entre si: diagnóstico de situação; planeamento; execução e avaliação; e divulgação dos resultados (Ruivo et al, 2010).

O diagnóstico consiste na descrição da realidade existente sobre a qual se pretende atuar, é um processo “dinâmico, no qual a caracterização da situação é contínua, permanente e com atualizações constantes” (Ruivo et al, 2010, p.10). Os objetivos referem-se aos resultados que se pretende alcançar. O planeamento consiste no desenho do trajeto a percorrer, estudando os recursos necessários e os existentes, calendarizando as atividades definidas. Na execução o orientador tem um papel preponderante na motivação e envolvimento da equipa, visando a sua participação efetiva no processo (Ruivo et al, 2010). Na fase de avaliação utilizam-se instrumentos de avaliação capazes de analisar a coerência, eficácia e eficiência do projeto (Ruivo, et al, 2010). A divulgação dos resultados é realizada através do presente relatório final, bem como por meio de artigos e comunicações livres, através dos quais se dá a conhecer à população geral a pertinência do projeto e o caminho realizado na resolução do problema (Ruivo et al, 2010).

Os participantes do presente projeto foram a equipa multidisciplinar do SU e as pessoas idosas admitidas em SO com fatores de risco para infeção por MRSA.

3.1. Questões éticas

O presente projeto foi aceite e autorizado pela direção de enfermagem do HD e também pelo enfermeiro chefe/coordenador e pelo diretor clínico do SU, dado o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar (anexo I). No decorrer do estágio, a direção e coordenação do serviço teve sempre conhecimento de todas as atividades, dos documentos elaborados e utilizados na implementação do projeto, procedendo sempre à sua revisão quando necessário.

Durante o estágio foi minha preocupação atender aos valores humanos do Código Deontológico e aos princípios éticos da autonomia, veracidade, confidencialidade, justiça, fidelidade, não-maleficiência e beneficência, lutando pela dignidade da pessoa idosa e família no SU (OE, 2009). Este imperativo ético torna-se mais evidente quando estamos perante grupos vulneráveis como são as pessoas idosas (Fortin, 2009).

Em relação às pessoas idosas a quem prestei cuidados, foram devidamente informadas da sua situação e da utilização dos instrumentos de avaliação e de recolha de dados, assegurando o seu direito ao anonimato, confidencialidade e intimidade (Fortin, 2009). Estas intervenções corroboram o artigo 84º do Código Deontológico que menciona que o enfermeiro tem o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem, respeitando, defendendo e promovendo o direito da pessoa ao consentimento informado (OE, 2009). Nenhuma pessoa recusou a participação no projeto, ou mencionou preferir ser cuidado por outro enfermeiro.

Relativamente aos profissionais que participaram no projeto, foram informados dos objetivos do estágio e do projeto, da sua finalidade e do direito de decidir acerca da sua participação. Esta forma de atuar assenta no respeito pela liberdade de escolha e pela autodeterminação. Foi garantida a confidencialidade da identidade nos questionários, na observação das práticas, nos registos de enfermagem, e nas respostas escritas dos vários documentos preenchidos ao longo da implementação do projeto. Na tentativa de minimizar o problema da alteração do comportamento dos profissionais aquando das observações, o consentimento obtido teve por base um período alargado durante o qual as observações poderiam suceder.

3.2. Planeamento

O planeamento corresponde à fase em que são definidas as atividades a desenvolver mediante os objetivos gerais e específicos delineados, e os respetivos indicadores de avaliação (Ruivo et al, 2010). Estes itens encontram-se descritos nas tabelas abaixo apresentadas. Foi construído um cronograma de forma a estabelecer o limite temporal das atividades/estratégias a desenvolver (apêndice II).

Objetivo Geral: Desenvolver competências como enfermeira especialista na promoção do cuidado de Si à pessoa idosa hospitalizada, nomeadamente com MRSA, utilizando a parceria como intervenção de enfermagem.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
Aprofundar conhecimentos na área das IACS, contextualizando a problemática da infeção por MRSA na pessoa idosa hospitalizada.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de Revisão Sistemática da Literatura (RSL) ▪ Realização de idas a campo – reunião com elementos de referência da DGS ▪ Realização de estágio em 3 GCL-PPCIRA, no SU e na UCC ▪ Participação em congressos sobre a temática com a apresentação de comunicações livres e <i>posters</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aquisição de conhecimentos acerca da(s): <ul style="list-style-type: none"> -IACS; -Infeção por MRSA; -Medidas de prevenção e controlo da infeção por MRSA; -Impacto das medidas de isolamento de contacto na pessoa idosa; -Avaliação multidimensional da pessoa idosa ▪ Revisão protocolo de rastreio a aplicar às pessoas admitidas em SO
Divulgar o projeto no SU e na UCC;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reunião com a diretora clínica e com o enfermeiro chefe/coordenadora do SU, bem como com a enfermeira chefe/coordenadora da UCC apresentando o projeto a desenvolver e a sua pertinência; ▪ Ação de formação no SUG para divulgar o projeto e envolver toda a equipa multidisciplinar. ▪ Dinamização do projeto no seio da equipa de forma informal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resultado das reuniões planeadas ▪ <i>Feedback</i> obtido por parte da equipa do SU e da UCC acerca do projeto
Implementar intervenções de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e família, que incidam na prevenção e controlo da infeção por MRSA, que promovam o cuidado de Si.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação das estruturas presentes no SU, de forma a promover um ambiente seguro para a pessoa idosa e família ▪ Prestação de cuidados, enquanto enfermeira especialista, implementado um conjunto de intervenções individualizadas, em parceria, baseadas na avaliação multidimensional da pessoa idosa no SU, elaborando estudos de caso ▪ Implementação do protocolo MRSA no SU mediante o estabelecimento de uma relação de parceria com a pessoa idosa e família ▪ Avaliação contínua dos fatores decorrentes do isolamento de contacto com influência nas 5 fases do processo de parceria com a pessoa idosa e família ▪ Realização de educação para a saúde junto da pessoa idosa com MRSA e sua família ▪ Notificação das pessoas colonizadas com MRSA aquando são transferidas para os serviços de internamento ou para as unidades de saúde na comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de soluções alcoólicas disponíveis no SU ▪ Existência de cartazes informativos da DGS acerca das medidas de prevenção e controlo de infeção no SU ▪ São estabelecidos planos de intervenção com a pessoa idosa e família de acordo com o da avaliação multidimensional ▪ A pessoa idosa e família assumem o cuidado de si, aderindo ao plano previamente elaborado ▪ Apresentação de estudos de caso e compromissos assumidos ▪ Cumprimento do protocolo de vigilância ativa do MRSA no SU ▪ Existência da notificação dos casos de colonização/infeção por MRSA transferidos para outros serviços ou para instituições de saúde, assegurando a continuidade de cuidados

Objetivo Geral: Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar do SU e da UCC na prevenção e controlo da transmissão da infeção por MRSA.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
Avaliar os conhecimentos e as práticas da equipa multidisciplinar do SU e da UCC referentes à prevenção e controlo da infeção por MRSA na pessoa idosa, de forma a detetar necessidades formativas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização da análise inicial e final dos registos de enfermagem das pessoas idosas com MRSA internadas no SU, através dos indicadores de avaliação, com base nas fases do modelo de intervenção em parceria de Gomes (2009) ▪ Aplicação de questionário à equipa de enfermagem do SU e da UCC ▪ Observação inicial e final das práticas da equipa multidisciplinar do SU no cuidado à pessoa idosa, no que concerne ao uso do EPI e às precauções de contacto ▪ Monitorização do protocolo de MRSA do SU ▪ Realização de notas de campo sobre práticas da equipa de enfermagem no que concerne à avaliação do risco de infeção por MRSA na pessoa idosa e cuidados em parceria 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registos da grelha de avaliação dos diários de enfermagem ▪ Resultados do questionário ▪ Resultados das observações às práticas da equipa multidisciplinar do SU ▪ Resultados do protocolo MRSA do SU – Número de pessoas rastreadas e número de casos positivos para MRSA no SU ▪ Comparação da percentagem, de não conformidade entre a 1ª e a 2ª observação
Melhorar a resposta da equipa multidisciplinar do SU às necessidades da pessoa idosa colonizada/infetada com MRSA e sua família, com as consequentes implicações decorrentes do isolamento de contacto, tendo por base uma intervenção em parceria.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atualização do procedimento para a Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por MRSA no SU ▪ Criação de um fluxograma de atuação perante a presença de fatores de risco para MRSA na admissão da pessoa idosa em SO ▪ Divulgação e incentivo ao cumprimento do protocolo de vigilância ativa do MRSA junto da equipa de enfermagem ▪ Ação de formação no SU acerca das intervenções de prevenção e controlo da infeção por MRSA na pessoa idosa, divulgando os resultados das observações e dos questionários ▪ Supervisionar as medidas de prevenção adotadas pelos colegas, apostando na formação informal junto dos mesmos; ▪ Discussão e reflexão de casos de colonização/infeção por MRSA em equipa no SU, avaliando de forma contínua os fatores decorrentes do isolamento, assente no modelo e parceria com a pessoa idosa e família ▪ Construção de um folheto e de um <i>dossier</i> de apoio no SU, com material relativo à prevenção da infeção por MRSA ▪ Estabelecer um canal de comunicação entre o SU e a UCC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de participantes na ação de formação/ total de profissionais; ▪ Folha de avaliação da formação; ▪ Registo das folhas de zaragatoas realizadas no SU; ▪ Observação do uso de estratégias na equipa para minimizar aspetos negativos do isolamento; ▪ Observação do uso de EPI pelos profissionais do SU e pelos familiares; ▪ Número de pessoas com alta hospitalar do SU ainda colonizadas com MRSA em que foi assegurada a continuidade de cuidados.
Capacitar os profissionais de saúde que trabalham na UCC para desenvolverem tomadas de decisão que visem a prevenção e o controlo da infeção por MRSA na pessoa idosa.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação das dificuldades sentidas pelos profissionais da UCC, na gestão dos casos de colonização por MRSA ▪ Ação de formação à equipa de enfermagem da UCC acerca das medidas de prevenção e controlo da infeção por MRSA na pessoa idosa na comunidade ▪ Monitorização sistemática dos casos clínicos de colonização por MRSA na comunidade, elaborando estudos de caso ▪ Otimização da comunicação entre a UCC e o hospital nos casos de colonização por MRSA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perceção da problemática por parte da equipa de enfermagem da UCC, identificando dificuldades; ▪ Número de participantes na ação de formação/ total de profissionais; ▪ Folha de avaliação da formação ▪ Apresentação de estudos de caso e compromissos assumidos

4.IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO: ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS E RESULTADOS

Neste capítulo são descritas as atividades desenvolvidas em estágio, na prossecução dos objetivos específicos traçados na fase de projeto (Ruivo et al, 2007). O estágio decorreu de 28/09/2014 a 13/02/2015 em dois contextos de cuidados de saúde distintos, no SU do HD e na UCC da mesma cidade, locais estes que prestam cuidados a pessoas maioritariamente idosas, algumas delas em situação de colonização/infeção por MRSA. Tive também oportunidade de realizar estágio em três GCL – PPCIRA, envolvendo o HD, bem como outros dois hospitais, nos quais decorriam diferentes projetos na área da prevenção da infeção por MRSA.

Em seguida apresento as atividades/estratégias desenvolvidas correspondentes a cada objetivo específico, a avaliação dos resultados alcançados e uma reflexão sobre as aprendizagens adquiridas.

4.1. Aprofundar conhecimentos na área das IACS, contextualizando a problemática da infeção por MRSA na pessoa idosa hospitalizada.

De forma a adquirir conhecimentos na área das IACS realizou-se uma RSL, de forma a basear as tomadas de decisão e a prática clínica na melhor evidência científica, que se desenvolveu em Julho de 2014. A pesquisa foi baseada na questão: “Quais as Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Infeção por MRSA na Pessoa Idosa?” Foram utilizadas as palavras-chave: *Prevention, Nursing Care, MRSA, Elderly*, tendo sido selecionados 12 artigos das bases de dados *Medline, Cochrane* e *Pubmed* (apêndice I). Recorri também à consulta de artigos científicos de referência acerca da temática, bem como a dados do CDC, ECDC e DGS, que emitem diretrizes específicas do controlo e prevenção da infeção por MRSA.

A RSL, assim como, toda a pesquisa bibliográfica, foi uma atividade na qual investi muito tempo e que suporta este projeto, tendo permitido o desenvolvimento de conhecimentos e competências como enfermeira especialista na área do cuidados à pessoa idosa com MRSA, de forma a sustentar as intervenções e a contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem.

Realizei ainda diversas idas a campo, nomeadamente à DGS, tendo-me reunido com a Dra. Elaine Pina e com a Enfermeira Maria Goreti Silva. Estabeleci também contacto com a Enfermeira Elena Noriega e com o Dr. David Peres. Todos

estes profissionais são peritos e como tal são uma referência na área do controlo de infeção, tendo-me transmitido saberes de extrema relevância acerca das medidas de prevenção a adotar a nível hospitalar e comunitário.

De forma a aprofundar conhecimentos na área do controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos, realizei estágio em 3 GCL–PPCIRA, um pertencente ao HD, e os outros dois correspondentes a duas unidades hospitalares distintas. Deste modo, adquiri competências específicas, tendo sido integrada nos programas de vigilância epidemiológica, auditorias, consultadoria e apoio, concursos, formações, normas e boas práticas, reuniões multidisciplinares, planos de contingência locais, campanha das mãos e restantes PBCI. As principais aprendizagens realizadas nestes estágios nos GCL-PPCIRA encontram-se desenvolvidas no apêndice III.

Participei em eventos científicos dinamizados a nível nacional, nomeadamente:

- ✓ Congresso da Associação Portuguesa de Infeção Hospitalar (APIH) – “Prevenir e Combater as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde”, em Setembro de 2014;

- ✓ Simpósio da *Allere*: “O diagnóstico de infeções por *Staphylococcus aureus* com resistências a antibióticos”, em Outubro de 2014;

- ✓ 2ª Jornadas de Enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal EPE – “Um olhar reflexivo sobre o (in) visível: Intervenção partilhada de enfermagem”, com a apresentação de comunicação livre: Prevenção da Infeção por *Staphylococcus aureus* Meticilino-Resistente na Pessoa Idosa no Serviço de Urgência: Intervenção de Enfermagem, com obtenção do 2º lugar, em Novembro de 2014 (apêndice IV);

- ✓ IV Congresso Internacional e Gerontologia e Geriatria “Envelhecimento ativo, saudável e positivo”, com a apresentação de poster: Implicações da Institucionalização da pessoa idosa – Avaliar para prevenir, em Dezembro de 2014 (apêndice V);

- ✓ 3º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com a apresentação de poster: Prevenção da Infeção por *Staphylococcus aureus* Meticilino-Resistente na Pessoa Idosa na Comunidade: O modelo de parceria como suporte da intervenção de enfermagem, em Janeiro de 2015 (apêndice VI);

- ✓ II Jornadas Temáticas de Doenças Infeciosas de Setúbal: “Infeções em Meio Hospitalar”, com a apresentação de comunicação oral: Prevenção da Infeção por *Staphylococcus aureus* Meticilino-Resistente na Pessoa Idosa no Serviço de Urgência: Intervenção Multidisciplinar, com obtenção de Menção Honrosa, em Fevereiro de 2015 (apêndice VII). Esta participação permitiu igualmente a divulgação dos

resultados do projeto a toda a plateia presente, dando visibilidade ao trabalho elaborado, e consciencializando todos os profissionais para esta problemática.

Os eventos científicos revelaram-se numa oportunidade formativa de excelência onde a partilha de saberes, experiências e conhecimentos foi uma constante. Poder divulgar o trabalho desenvolvido no decurso da realização do projeto foi muito importante, pois possibilitou dar visibilidade à enfermagem e envolver todas as categorias profissionais na prevenção da infeção por MRSA. Importa ainda referir que a participação nos referidos congressos através de comunicações livres e pósteres permitiu igualmente o desenvolvimento de competências no âmbito da comunicação e da escrita de resumos, o que se revelou numa mais-valia enquanto futura enfermeira especialista. No apêndice VIII é possível aceder à reflexão e análise dos principais conteúdos abordados nos eventos científicos supracitados.

Com base na norma nº018/2014 da DGS e na RSL, foi revisto o protocolo de rastreio a aplicar às pessoas admitidas em SO, o qual desde logo foi aceite pela chefia do SU e pela equipa de enfermagem (DGS, 2014a) [apêndice IX].

4.2. Divulgar o projeto no SU e na UCC

A apresentação do projeto no SU foi realizada em Outubro de 2014 à equipa de enfermagem através de sessão marcada para o efeito e depois divulgada via *email* (apêndice X). A equipa médica e de AO foram envolvidas de forma informal ao longo dos turnos. No decurso de estágio no SU a equipa foi-me reconhecendo competências na área do controlo de infeção, consultando-me maioritariamente nas tomadas de decisão referentes ao reconhecimento dos fatores de risco para infeção por MRSA, à implementação de medidas de isolamento, na educação dos familiares e sobre os assuntos relacionados com a prevenção da transmissão.

No estágio na UCC o projeto foi apresentado em Novembro de 2014, inicialmente à enfermeira chefe/coordenadora e posteriormente a toda a equipa de enfermagem numa reunião, que realizam semanalmente. Nesta, discutem casos clínicos e assuntos de ordem organizacional. A reunião foi uma oportunidade de debate acerca das intervenções a realizar perante a pessoa idosa com MRSA no domicílio, de forma a promover a mudança efetiva das práticas de controlo de infeção na equipa. Na UCC o projeto foi reconhecido como uma mais-valia para a prática profissional, no cuidado à pessoa idosa no domicílio com MRSA. Tratou-se de um

momento muito interessante, onde percebi as dificuldades e preocupações da equipa, que até então me eram desconhecidas, visto sempre ter trabalhado em contexto de cuidados agudos hospitalares.

4.3. Implementar intervenções de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e família, que incidam na prevenção e controlo da infeção por MRSA, que promovam o cuidado de Si.

Com vista à promoção de um ambiente seguro para a pessoa idosa e sua família foram realizadas auditorias às estruturas presentes no SU, apurando-se a necessidade da existência de uma maior número de soluções alcoólicas, tendo sido instaladas cerca de 30 nas unidades dos doentes e em todos os gabinetes médicos. Em equipa foi discutida a hipótese de aquisição de soluções alcoólicas de bolso de forma a promover a sua utilização. Estas, já foram adquiridas, encontrando-se atualmente em utilização pelos profissionais. Constatou-se também na minha avaliação que existiam áreas no SU que careciam de limpeza, tendo sido alertadas as funcionárias para a importância de não descuidarem as superfícies de toque frequente como: os computadores, interruptores, puxadores das portas, e prateleiras.

Apostou-se também na afixação de mais cartazes da DGS pelo SU, dando destaque aos aspetos primordiais do controlo da infeção, como sejam: a higienização das mãos, a etiqueta respiratória, a triagem dos resíduos e o tratamento da roupa. Foi também proposto e aceite, pela direção e coordenação do serviço, a entrada para a campanha das mãos, entrando em vigor a partir de 2015.

Após melhorar as estruturas físicas do serviço, para promover as PBCI, urgiu direcionar o meu olhar para a pessoa idosa internada no SU, alvo dos meus cuidados. Durante o estágio prestei cuidados diretos à pessoa idosa e sua família de forma individualizada, dando contudo prioridade àquelas em situação de isolamento de contacto por MRSA, utilizando o modelo de parceria.

As pessoas idosas e famílias com quem estabeleci relação de parceria foram informadas da minha situação académica, o que poderiam esperar de mim e o que eu esperava delas de forma a alcançarmos o objetivo comum - o ultrapassar desta situação aguda de doença - esta transição, sem complicações e com o máximo bem-estar e conforto.

De forma a alcançar o objetivo definido, e a orientar a minha avaliação da pessoa idosa no SU, que se deseja multidimensional, houve necessidade da criação de um

instrumento de recolha de dados assente no modelo de parceria, realizado por mim e por mais duas colegas de mestrado a realizar estágio no mesmo local (apêndice XI). O documento permitiu sistematizar a minha atuação, tendo em conta o resumo mínimo de dados a colher na admissão das pessoas idosas no SU. Este documento serviu de guia na identificação das necessidades da pessoa idosa, contudo não é estanque, requer uma adaptação devido à sua individualidade (pessoa/família) e as particularidades da situação de doença em causa.

Em cada situação de prestação de cuidados consegui revelar-me às pessoas idosas, demonstrando-lhes afetividade, segurança, e disponibilidade para a relação. Mudei as minhas prioridades e direcionei a minha atenção para o outro e para as suas preocupações. Aprendi que existem atitudes que podem marcar a diferença no cuidado à pessoa idosa, um sorriso, um «bom dia!», o dizer o meu nome, são aspetos fundamentais no estabelecimento de uma relação de parceria, que não podem ser desculpados pela falta tempo ou pelo ambiente de imprevisibilidade vivenciado no SU.

Segundo Fulmer (2007), Legrain et al (2011) e Ellis, Marshal & Ritchie (2014) as pessoa idosas em situação de fragilidade recorrem ao SU de forma atípica, exigindo uma avaliação multidimensional detalhada e um cuidado multidisciplinar para o diagnóstico correto evitando complicações, como sejam o comprometimento funcional e cognitivo, a polimedicação, as quedas, a confusão mental, as úlceras por pressão, e a exaustão do cuidador. Assim, aquando a admissão hospitalar torna-se fulcral a realização de uma colheita de dados completa e adequada, que contemple: a proveniência da pessoa idosa, as alterações próprias da idade, as doenças crónicas e co morbilidades, a medicação habitual, a identificação do cuidador principal, a avaliação funcional e cognitiva, e os sinais vitais, de forma a prevenir maus resultados de saúde e uma necessidade de cuidados elevada (Veillette, Demers, Dutil, & McCusker, 2009; Dawood, Dobson & Banerjee, 2011; Legrain et al, 2011; Ellis, Marshal & Ritchie, 2014). A identificação precoce de situações de risco através da utilização de escalas de avaliação é fundamental, de forma a direccionar os cuidados especializados de enfermagem (Ellis et al, 2014).

Nas pessoas a quem prestei cuidados realizei uma avaliação multidimensional, assente numa colheita de dados completa e na avaliação da sua funcionalidade, estado cognitivo, bem como estado nutricional, risco de úlceras por pressão e risco de quedas. Para avaliar recorri a escalas de avaliação, elaborando planos de intervenção personalizados e estabelecidos de forma conjunta com a pessoa idosa e

família, tendo por base uma relação de parceria. Contudo esta tarefa exigiu de mim uma entrega profunda a cada situação, uma maior disponibilidade e conhecimentos específicos. Tal como refere Dawood et al (2011) o atendimento da pessoa idosa no SU é complexo, demorado e requer competências específicas.

Importa neste ponto refletir acerca da importância da existência de um SU especializado para as pessoas idosas, promotor de cuidados diferenciados, compostos por equipas especializadas, capazes de realizar uma avaliação multidimensional, despertas para os seus síndromes e necessidades, e com um ambiente adequado. Tal estratégia é defendida por Nolan (2009) e Ellis et al (2014), defendendo a existência de um SU adequado às exigências da população idosa, que promova a sua segurança, tornando-se centro da prestação de cuidados.

Em ambos os contextos de estágio foram prestados cuidados a pessoas idosas colonizadas com MRSA, elaborando planos de cuidados distintos, tendo em conta a sua individualidade, bem como as suas diferentes necessidades e potencialidades. Neste âmbito foram realizados estudos de casos, na UCC (apêndice XII) e no SU (apêndice XIII).

Os estudos de caso desenvolvidos na UCC permitiram compreender a problemática do MRSA na pessoa idosa no domicílio, um contexto de cuidados dotado de diferentes características e preocupações. Nestes foi desenvolvida uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, envolvendo o seu cuidador familiar através da realização de entrevista e da utilização de instrumentos de avaliação. Estes foram fundamentais para o planeamento de intervenções em parceria e para a promoção do cuidado de Si, assegurando a continuidade de cuidados. A relação que estabeleci com as pessoas idosas/familiares cuidadores em suas casas teve uma compreensiva partilha de significados e experiências ao longo das minhas visitas. Cuidar do outro na sua casa foi uma experiência inovadora, nomeadamente, o entrar no domicílio, no cenário das relações afetivas e trocas sociais, foi por si só um grande desafio, que se revelou muito compensador.

Um destes estudos de caso foi dedicado ao Sr. J.P., colonizado com MRSA no domicílio, com alta hospitalar há 24h. Através da construção de uma relação de parceria consigo e com a sua esposa consegui aceder ao seu mundo de valores, tendo partilhado os seus sentimentos e preocupações. O Sr. J.P. referiu que a alta ainda colonizado com MRSA foi gerador de ansiedade e insegurança face aos procedimentos a adotar e de isolamento e incompreensão perante a privação da vida

social e familiar recomendada pelo médico. Muitas questões tinham ficado por responder aquando a alta do hospital, referindo que «foi tudo muito rápido, sem explicações...». Foi detetada na relação um défice de conhecimentos que estava a comprometer a gestão da situação de colonização por MRSA por parte da pessoa idosa e sua cuidadora. Assumi enquanto enfermeira um papel preponderante na educação e na adaptação da pessoa idosa e sua família à situação, promovendo o ultrapassar desta transição

A relação de parceria estabelecida permitiu identificar como principal problema para a pessoa idosa, o risco de infeção, manifestado pela colonização por MRSA, pela história de vários internamentos recentes com diferentes regimes de antibioterapia, e pela presença de úlcera cutânea. Em parceria foi construída uma relação de confiança, onde através da negociação traçou-se como compromissos: higienização das mãos frequente, cumprimento do regime terapêutico, cuidados de higiene diários, não partilha de objetos pessoais, manutenção dos pensos limpos e secos, tratamento a altas temperaturas da roupa pessoal e da cama, e informar as unidades de saúde da história de colonização sempre que a estas recorra. O Sr. J.P. e sua familiar cumpriram com os compromissos estabelecidos, demonstrando conhecimentos acerca da doença, modo de transmissão do MRSA e cuidados a ter. Ao longo das visitas foram demonstrando confiança na equipa de enfermagem, assumindo-a como um recurso ao qual podiam recorrer sempre que necessário.

Há a salientar que passados cerca de dois meses de estágio na UCC, o Sr. J.P. deu entrada no SU devido a queixas urinárias. Assim que me viu, reconheceu-me de imediato, assim como o familiar que o acompanhava. Confidenciou-me que mediante a minha presença, se sentia mais tranquilo e confiante nos cuidados que iria receber. A relação de parceria previamente estabelecida manteve-se para além do seu domicílio, vendo-me como referência, o que foi muito gratificante.

No decorrer do estágio no SU pude constatar que aquando a admissão da pessoa idosa em SO estão latentes uma serie de sentimentos negativos, nomeadamente, o medo do agravamento da sua situação de doença, a angústia face ao ambiente estranho, o sofrimento da ausência dos seus entes queridos e a expectativa de transferência imediata para um quarto com maior privacidade. Neste sentido, o estudo de caso desenvolvido neste contexto, foi dedicado ao Sr. J.D., que se encontrava internado em SO por pneumonia nosocomial e lesão renal aguda. Estava sob suspeita de colonização/infeção por MRSA, face à sua história de

internamento recente, história prévia de colonização por MRSA e ao facto de possuir um dispositivo invasivo (cateter supra púbico). A recolha de informação foi realizada através da observação participante e da entrevista, assente no instrumento de recolha de dados baseado na avaliação multidimensional da pessoa idosa (apêndice XI).

Foi contruída com o Sr. J.D. uma relação empática, na qual nos demos a conhecer, permitindo aceder à sua situação sociofamiliar, ao seu contexto de doença, e ao seu padrão de vivência das necessidades humanas básicas. Após um maior envolvimento com a pessoa idosa e cuidador, avalei a sua capacidade funcional e cognitiva, e a sua saúde mental. Através da relação de confiança estabelecida, o Sr. J.D. referia que o que mais o preocupava era o facto de estar constantemente em situação de doença, com infeções respiratórias de repetição, interrogando-se se voltaria a recuperar a sua saúde ou parte dela, sem que ficasse mais dependente, de forma a não se tornar um peso para a sua família. Referia «cada vez estou mais dependente...cada dia que passo neste hospital sinto o meu andar a perder-se, e agora ter que permanecer neste quarto sozinho...». O Sr. J.D. verbalizava com angústia a progressão da doença e questionava-se acerca da qualidade de vida que iria ter no futuro. A limitação das visitas no SO era para si gerador de sentimentos de insegurança e tristeza.

A relação de parceria estabelecida foi crucial para o conhecimento da pessoa idosa/família, do seu contexto de vida, e do impacto da doença e do isolamento preventivo sobre os mesmos. Tentar perceber o sofrimento implícito na pessoa idosa foi essencial para o desenvolvimento de compromissos, que possibilitassem a prevenção da infeção e a prossecução do seu projeto de saúde e de vida.

Após o conhecimento do Sr. J.D. e da aplicação de instrumentos de avaliação multidimensional, foi determinado como principal diagnóstico de enfermagem o risco de colonização por MRSA face aos fatores de risco identificados. Após negociação com o senhor foram estabelecidos como compromissos: a não saída do quarto, até documentação que comprovasse MRSA negativo no exsudado nasal; a higienização frequente das mãos com solução alcoólica principalmente antes das refeições; a realização de cuidados de higiene diários, e a visita do seu filho todos os dias ao final da tarde, para além da hora definida no serviço para a visita. A visita da sua família ao SU revelou-se numa fonte de motivação para o cumprimento dos restantes compromissos assumidos. O S. J.D. permaneceu em isolamento de contacto até ao quarto dia, quando veio o resultado negativo, podendo após essa data, sair do quarto

em cadeira de rodas e ir até ao exterior do SU, o que o deixou mais tranquilo e satisfeito, mantendo-se os restantes compromissos estabelecidos.

Em suma, o enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental na prevenção da transmissão da infeção por MRSA nos diferentes contextos de cuidados, o que implica um conhecimento multidimensional da pessoa idosa/família, de forma a evitar práticas de risco e minimizar custos sociais e económicos. A educação da pessoa idosa colonizada com MRSA e família é crucial, mas integrada numa relação de parceria que promova o seu *empowerment* e capacitação, para a prevenção da infeção e das complicações associadas (Gomes, 2013; Noble, 2009; Duncan & Dealey, 2007).

Cuidar numa situação de isolamento constrói-se na proximidade, com base na comunicação e no respeito pela pessoa, de modo a atingir tranquilidade para ultrapassar a situação, sentindo-se detentora do controlo sobre a sua vida. Urge estabelecer nesta situação uma relação de parceria, que exige o respeito pelos princípios éticos como a liberdade, o respeito pela igualdade e tolerância, a autonomia e a dignidade (Gomes, 2009). A pessoa idosa em situação de isolamento, não pode deixar de ser investida de poder, só porque a sua situação não lhe permite a saída do quarto. O ambiente de isolamento pode influenciar a forma como a pessoa se exprime e se relaciona com o enfermeiro, pelo que o profissional tem que avaliar num contínuo os fatores ambientais que podem afetar o conforto e bem-estar da pessoa.

De uma das situações de cuidados que acompanhei apresento o exemplo do Sr. M. que estava internado no SO sob isolamento de contacto, num quarto fechado, sem janela, privado de luz natural, e sem sanitários individualizados. Da cama só visualizava a porta e por ela o corrúpio de macas, doentes, e profissionais numa azáfama constante, sem uma palavra e um olhar particular. A equipa não estava desperta para a importância de trabalhar em parceria com a pessoa idosa e para os efeitos nefastos das suas atitudes, apenas centralizadas na doença, nos cuidados tecnológicos, e nos registos informáticos. Face a esta situação aproximei-me do Sr. M. apresentei-me e atribui-lhe alguns minutos de atenção, tentei perceber o que o afligia e suas necessidades, cuja resposta foi: «será que pode abrir a porta? sinto-me preso!», «sabe, já é a terceira vez que estou internado em dois meses, sinto-me cansado, e agora isto...». Preso foi a expressão utilizada pelo Sr. M. para retratar o que sentia, preso ao hospital há dois meses, à sua situação de doença, ao quarto de isolamento, e a si, pela perda de autonomia que vivenciava. Esta reflexão só foi

possível através de um conhecimento e envolvimento mais profundo com o Sr. M., com base numa relação de parceria, utilizando “estratégias de transparência e verdade” (Gomes, 2013, p.100).

A doença pode alterar o corpo da pessoa idosa e o seu *self* de forma indissociável, desencadeando mudanças capazes de afetar a sua capacidade de autonomia, principalmente em condição de isolamento (Gomes, 2009). O caso do Sr. M. alertou-me para a importância de envolver a pessoa idosa nos cuidados e sua família, capacitando-os para o cuidado de Si ou assegurando esse cuidado, promovendo a sua autonomia e dando reforço positivo. Também me despertou para a necessidade de trabalhar com a equipa multidisciplinar a mudança de algumas práticas que revelam insegurança profissional, como manter a porta fechada do quarto quando se trata de um isolamento de contacto, cujo procedimento se traduziu num factor de extrema agressão para a pessoa idosa. Esta situação de cuidados encontra-se descrita com maior detalhe na nota de campo apresentada no apêndice XIV. Neste apêndice também se encontra relatado outro caso vivenciado em estágio, que retrata a importância de conhecer a pessoa idosa, as suas preocupações e significações, envolvendo a si e à sua família nos cuidados.

A educação da pessoa idosa e família aquando de uma situação de colonização/infeção por MRSA é preponderante para o desenvolvimento das capacidades para cuidar de Si. Neste processo tentei compreender em todas as situações de cuidados as percepções da pessoa relativamente à sua doença, não me limitando a transmitir informações, que podiam ser mal interpretadas, de acordo com as suas significações prévias. Tal como refere Gomes (2009, p.194) “o enfermeiro procura perceber se a pessoa tem necessidade e falta de informação e em que medida é que ela quer ser informada, tendo em conta que toda a informação que a pessoa necessita e deseja é lícita”. A função de educação e guia é também expressa por Benner (2001) defendendo que o enfermeiro deve informar a pessoa, sobre o que deve esperar, ajudando-o a interpretar as situações, a interiorizar as implicações da doença e da cura no seu estilo de vida, as razões dos tratamentos, tornando compreensível todos os aspetos da doença.

Neste âmbito posso destacar uma situação vivenciada no estágio no SU, no qual estava responsável pelos cuidados ao Sr. A. colonizado com MRSA. Tratava-se de um senhor orientado e autónomo, cujo motivo de internamento era uma infeção respiratória. Após o estabelecimento de uma relação de confiança, foi possível

explicar-lhe a si e ao seu familiar, o porquê e o tempo de isolamento necessário, o tratamento a efetuar e a importância para si do seu cumprimento. Foi dado tempo para o Sr. A. refletir sobre a situação, tendo posteriormente esclarecido algumas questões, nomeadamente acerca da possibilidade de ter mais visitas para além do filho, tendo desmistificado que sim, mas que teriam que se equipar com bata e luvas para proteção dos mesmos. Contudo, aquando da chegada de um casal amigo para o visitar, percebi que tinham ficado perplexos, com medo de ficar «contagiados», afirmando «nunca pensei que ele estivesse tão doente». De forma a tranquiliza-los, foi importante falar sobre a situação, ajudando a vestir/despir o EPI, transmitindo-lhes segurança. Visita que conseguiu transmitir energia e boa-disposição ao Sr. A.

Foi elaborado um folheto informativo para as visitas (apêndice XV) no sentido de uniformizar as informações prestadas e complementar a comunicação oral, visto que o folheto não tem em conta a singularidade, o nível educacional e os valores da pessoa, conferindo sim um suporte escrito aos profissionais e familiares.

No decurso do estágio na UCC prestei cuidados à Sr^a. A., que se encontrava colonizada com MRSA no domicílio, encontrando-se em situação de dependência grave, já acamada. De forma a assegurar o cuidado de Si, através da capacitação do seu cuidador recorri ao folheto para realizar o ensino acerca dos cuidados a ter para evitar a infeção e a disseminação do microrganismo. Este recurso foi aceite pelo cuidador como uma grande vantagem, servindo de ajuda, perante qualquer dúvida que pudesse surgir, embora soubesse que poderia contar sempre com o apoio e disponibilidade da equipa da UCC. Foram vários os turnos em que fomos à sua casa, para dar suporte, atenção e força ao cuidador, monitorizando o tratamento, e transmitindo informação mediante as necessidades sentidas. Em contexto domiciliário, a educação da pessoa idosa e família é fundamental para o estabelecimento de compromissos na relação de parceria estabelecida, na medida em que a sua adesão está dependente da sua compreensão da situação, e da confiança implícita na relação de cuidados.

Foram várias as situações de cuidados vivenciadas no estágio na UCC, em que através do desenvolvimento de uma relação de parceria se conseguiu estabelecer um plano de cuidados conjunto, negociado, com a definição de compromissos, com vista à obtenção de resultados positivos para a pessoa idosa/família. Estes casos encontram-se descritos nas notas de campo apresentadas no apêndice XVI.

Face ao exposto, é notória a necessidade de se apostar na continuidade de cuidados, assente numa comunicação eficaz intra-hospitalar, inter-hospitalar e com as unidades de saúde na comunidade aquando a alta. Reportando-me ao estágio no SU, foi sempre garantida a transmissão de informação aos colegas aquando da transferência da pessoa idosa colonizada com MRSA para os serviços de internamento, assegurando que fossem sempre os últimos a transferir no turno, prevenindo a disseminação do microrganismo. A família foi sempre avisada por telefone da transferência de serviço quando se encontrava ausente. No estágio não houve nenhum caso de alta direta do SO para a comunidade. No entanto houve algumas situações que à data da saída do resultado positivo as pessoas já se encontravam na comunidade. Até Dezembro de 2014 nenhuma intervenção era realizada, contabilizando-se 38% dos casos sem continuidade de cuidados. Após o estabelecimento do novo procedimento de atuação, desde Janeiro de 2015 estas situações passaram a ser notificadas ao GCL-PPCIRA, o que permitiu que 31% dos casos de Janeiro (5 pessoas) tivessem um acompanhamento de saúde na comunidade.

4.4. Avaliar os conhecimentos e as práticas da equipa multidisciplinar do SU e da UCC referentes à prevenção e controlo da infeção por MRSA na pessoa idosa, nomeadamente a infeção cruzada por MRSA, de forma a detetar necessidades formativas

▪ Avaliação e análise dos registos de enfermagem do SU

De forma a contribuir para a concretização desse objetivo avalei numa fase de diagnóstico os registos de enfermagem dos processos clínicos de 20 casos positivos de colonização por MRSA dos meses de outubro e novembro de 2014. Esta análise pretendia identificar o que se encontrava registado relativamente aos cuidados específicos à pessoa idosa no SU, com suspeita ou confirmação de colonização/infeção por MRSA e quais as intervenções realizadas. Para tal, foi construída uma grelha de observação com base em indicadores pré definidos sustentados no modelo de parceria, com vista à promoção do Cuidado de Si (Gomes, 2009) [apêndice XVII]. Foram posteriormente realizadas várias sessões de formação em serviço e uma sensibilização informal a toda a equipa de enfermagem, após as quais voltei a analisar os registos de enfermagem de 20 casos positivos de colonização por MRSA, referentes aos meses de janeiro e fevereiro de 2015.

Da avaliação inicial dos registos de enfermagem concluiu-se que a informação registada era insuficiente para conhecer o doente, para o envolvimento da família, e para a deteção precoce dos fatores de risco da infeção por MRSA. Não se encontravam registos de informações acerca das condições habitacionais, hábitos de higiene diários, história de internamento recente ou antibioterapia prévia. Concluiu-se que os enfermeiros apenas registavam os resultados das intervenções médicas e não os resultados da sua intervenção.

Nas sessões de formação em serviço, decorridas no início de janeiro de 2015 foi discutida a importância dos enfermeiros procederem aos respetivos registos, às medidas de isolamento adotadas e suas implicações no bem-estar da pessoa idosa.

Dos resultados da análise dos registos de enfermagem de janeiro e fevereiro de 2015 posso salientar que os enfermeiros passaram a registar os fatores de risco presentes para colonização/infeção por MRSA, a realização de zaragatoa nasal e/ou de ferida, bem como as suas intervenções ao nível da prevenção e controlo da infeção, ficando ainda descurado o registo do contexto sociofamiliar da pessoa idosa, bem como o registo dos ensinamentos efetuados, o que requer um trabalho continuado de sensibilização da equipa. Os resultados da análise dos registos encontram-se representados graficamente no apêndice XVII.

▪ **Aplicação de questionário à equipa de enfermagem do SU e da UCC**

Foram aplicados inquéritos à equipa de enfermagem do SU com o objetivo de compreender o que os profissionais sabiam acerca deste microrganismo, sua colonização ou infeção, intervenções a realizar, seu tratamento, e cuidados a prestar aquando a transferência ou alta para a comunidade. Este questionário era composto por questões fechadas, de escolha múltipla (Apêndice XVIII). Segundo Fortin (2009) o questionário é um meio rápido de obter informações, de natureza impessoal e com uma elevada fidelidade. Só com um conhecimento aprofundado acerca dos conhecimentos existentes na equipa de enfermagem é que se pode fundamentar tomadas de decisão e planear processos formativos no contexto. Não se pretendia quantificar as respostas certas mas antes estimular os colegas a refletirem sobre a temática, suscitando o seu interesse. Para a aplicação dos questionários foi obtido o consentimento livre e esclarecido, por parte dos enfermeiros.

A amostra selecionada foi de 59 enfermeiros, correspondente à totalidade da equipa de enfermagem do SU. Destes, 10 foram excluídos por se encontrarem

ausentes por motivos de férias e licenças e 1 por recusa em participar. No total preencheram o questionário 49 enfermeiros.

Relativamente aos resultados dos questionários salientamos que: 86% responderam adequadamente ao esquema de descolonização; 66% ao EPI a utilizar; 49% aos lugares de possíveis de colonização; 43% ao planeamento das deslocações do doente; 55% à seleção do saco vermelho para armazenamento da roupa do doente e da cama; e 32% à necessidade de notificar o GCL-PPCIRA aquando a alta da pessoa colonizada com MRSA para a comunidade. O acesso à solução alcoólica e a escassez de formação na área foi nomeado por alguns profissionais como uma limitação ao cumprimento das PBCI. Os respetivos resultados encontram-se explicitados graficamente no apêndice XVIII. Procedendo ao estudo das respostas obtidas, foi possível depreender a necessidade real de formação na área de forma a melhorar a prestação de cuidados à pessoa colonizada ou infetada por MRSA, prevenindo a sua transmissão entre doentes e a disseminação para a comunidade.

No estágio na UCC foi também aplicado um questionário, composto por algumas das perguntas do questionário distribuído no SU, à equipa de enfermagem, tendo por base o mesmo objetivo (apêndice XIX). A amostra selecionada foi de 11 enfermeiros, correspondente à totalidade da equipa de enfermagem da UCC. Destes, 1 foi excluído por se encontrar ausente por licença de maternidade, e 3 por recusa em participar. No total preencheram o questionário 7 enfermeiros (64% da equipa). Dos elementos de enfermagem inquiridos, 100% sabiam que se tratava de uma bactéria, contudo apenas 80% responderam adequadamente aos lugares de colonização, 40% ao EPI a utilizar e 20% ao tratamento de descolonização. Nenhum enfermeiro sabia o que fazer em caso de falha no primeiro ciclo de descolonização. Estes dados, embora não seja representativos, revelam a necessidade urgente de formação na área. Os respetivos resultados encontram-se explicitados graficamente no apêndice XIX.

▪ **Auditoria às práticas da equipa multidisciplinar do SU**

Dado que a equipa multidisciplinar tem um papel preponderante na prevenção da transmissão cruzada, mediante os cuidados prestados, propus-me avaliar algumas práticas através de auditorias clínicas de processo. De acordo com o *National Institute for Clinical Excellence* (NICE, 2002), a auditoria clínica é um processo de melhoria da qualidade que procura a obtenção de melhores cuidados através da revisão sistemática dos procedimentos tendo por base critérios de qualidade definidos. Optou-

se por uma observação estruturada por permitir formar dados numéricos a partir da observação. Este método consiste em observar e em descrever de forma sistemática, comportamentos que dizem respeito ao problema (Fortin, 2009).

Contruíram-se instrumentos de observação (apêndice XX) baseados nos instrumentos de auditoria preconizados pela *Infection Control Nurses Association* (ICNA) (2005) e nas normas da DGS. Foram definidas as seguintes unidades de observação: colocação de doentes e identificação; precauções de contacto; utilização de luvas; utilização de avental/bata; e utilização de máscara cirúrgica. A utilização do EPI foi observado em situações em que as pessoas não estavam submetidas a isolamento de contacto. Esta decisão prende-se com o facto de muitas vezes não ser possível isolar em quarto individual todos as pessoas em situação de suspeita de colonização por MRSA, ficando os quartos individuais destinados prioritariamente aos casos já confirmados, sendo crucial investir nas PBCI. No início do estágio foram efetuadas as primeiras observações.

As observações decorreram durante três dias consecutivos, no turno da manhã e início do turno da tarde de forma a abranger o maior número possível de profissionais diferentes de cada categoria. Todas as pessoas tinham sido previamente informadas acerca do desenvolvimento destas observações e que poderiam recusar ser observados, contudo tal não veio a suceder. O índice de qualidade (adesão) de todos os pontos em conjunto foi calculado de acordo com a seguinte fórmula (ICNA, 2005):

$$\frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } __\%$$

As categorias de adesão foram classificadas do seguinte modo: até 75% IQ – adesão baixa; 76-84% IQ – adesão parcial; igual ou superior a 85% - boa adesão (ICNA, 2005).

Em seguida apresento o resumo do resultado das observações efetuadas e as atividades que foram desenvolvidas.

✓ Colocação de doentes e identificação

Foram observadas 10 situações de isolamento de contacto. No instrumento utilizado (apêndice) constavam os seguintes itens: colocação de cartaz de aviso de isolamento de contacto à entrada do quarto; existência de luvas, batas/aventais

descartáveis e máscara cirúrgica no exterior da área de isolamento e existência de solução alcoólica à saída da área de isolamento. O IQ calculado foi de 80%.

✓ Precauções de contacto

Foram observados nas 10 situações de isolamento, cerca de 35 contactos, nos quais foram analisados os seguintes fatores: o uso de luvas adequado ao utilizador e ao procedimento a efetuar, no contacto direto com o doente; o uso de avental no contacto direto com o doente e/ou sua unidade; a utilização de máscara cirúrgica, aquando existência de risco de salpicos de secreções ou fluidos; a remoção do EPI dentro do quarto de isolamento ou zona de coorte; a remoção do EPI pela ordem adequada e a higienização das mãos após a retirada do EPI. Os IQ calculados foram de 95%, 80% e 76% para os enfermeiros, médicos e AO respetivamente.

✓ Utilização de luvas

Foram observados 15 enfermeiros, 15 médicos, e 15 AO, num total de 40 contactos com pessoas internadas em SO. Foram avaliados os seguintes pontos: a indicação para uso de luvas; a higienização das mãos antes da colocação de luvas; a colocação imediatamente antes do procedimento; não contaminação do ambiente, mudança de luvas entre doentes e a higienização das mãos após retirada das luvas. O IQ de todos os pontos em conjunto foi de 61% para os enfermeiros, de 58% para os médicos e 51% para os AO.

✓ Utilização de avental/bata e sua adesão

Em relação a este EPI foram avaliados os seguintes fatores: a indicação de uso; a colocação imediatamente antes do procedimento; a mudança entre doentes e a higienização após a retirada. Foram observados 15 enfermeiros, 15 médicos, e 15 AO, obtendo-se um IQ de 76%, 64% 34% respetivamente.

Foi ainda observada a adesão ao uso de avental/bata quando havia indicação para o seu uso (situação em que existe um contacto extenso e/ou prolongado do fardamento com o doente ou a sua unidade). Considerava-se a resposta positiva quando o uso de avental/bata estava indicado e era usado pelo profissional. Os IQ foram de 70% para os enfermeiros, de 10% para os médicos e de 30% para as AO.

✓ Utilização de máscara cirúrgica

No uso de máscara cirúrgica apenas foi avaliada a sua indicação de uso, ou seja quando existia risco de salpico de secreções ou fluidos, aspiração de secreções ou

terapia respiratória. O IQ final foi de 80% para os enfermeiros, 70% para os médicos e 60% para os AO.

A análise destes dados permite-nos constatar que em situação de isolamento as precauções de contacto atingem valores de IQ elevados, cumprindo as PBCI. Contudo nas outras situações de cuidados este IQ diminui.

O **uso de luvas** atingiu um IQ baixo em todas as categorias profissionais, sendo transversal a troca de luvas entre doentes, sem a correta higienização das mãos antes e depois e com uma frequente contaminação do ambiente. Em relação ao **uso de avental/bata**, verificou-se uma baixa adesão por parte dos médicos, a não ser durante as precauções de contacto. O grupo de AO também apresentou uma taxa de adesão muito baixa ao avental quando indicado, contudo importa refletir que mesmo em situações em que a sua utilização estava preconizada, o seu uso era realizado de forma incorreta, não havendo troca de avental entre doentes e acabando por contaminar frequentemente o ambiente. Os enfermeiros foram aqueles que atingiram IQ mais elevados nesta categoria estando mais despertos para os cuidados a ter. A utilização inadequada da **máscara cirúrgica** ainda continua a ser uma realidade, principalmente no caso dos AO, o que leva a uma barreira na comunicação com os doentes. É crucial clarificar as situações com necessidade do uso de máscara.

Após as ações de formação e sensibilização foram efetuadas novas observações nos casos que mereciam maior preocupação, nomeadamente na utilização de luvas por parte das três categorias profissionais e a utilização dos aventais por parte dos AO. Apurou-se um **aumento nos IQ do uso de luvas em todas as categorias profissionais**. Os enfermeiros apresentaram um aumento de 61% para 80%, os médicos de 58% para 70% e os AO de 51% para 63%. Estes dados traduzem uma melhoria de cerca 20% do IQ, a qual deverá ser trabalhada diariamente e incentivada mutuamente entre toda a equipa multidisciplinar. No concerne à **adesão ao uso do avental por parte dos AO o IQ aumentou** de 30% para 60%, e à sua **utilização correta também aumentou** de 34% para 70%, o que revela uma maior consciencialização das práticas e um maior domínio de conhecimentos da área do controlo de infeção. Os respetivos resultados encontram-se apresentados graficamente no gráfico 1 e 2, abaixo indicados.

Gráfico 1. Resultado das observações iniciais realizadas à equipa multidisciplinar do SU

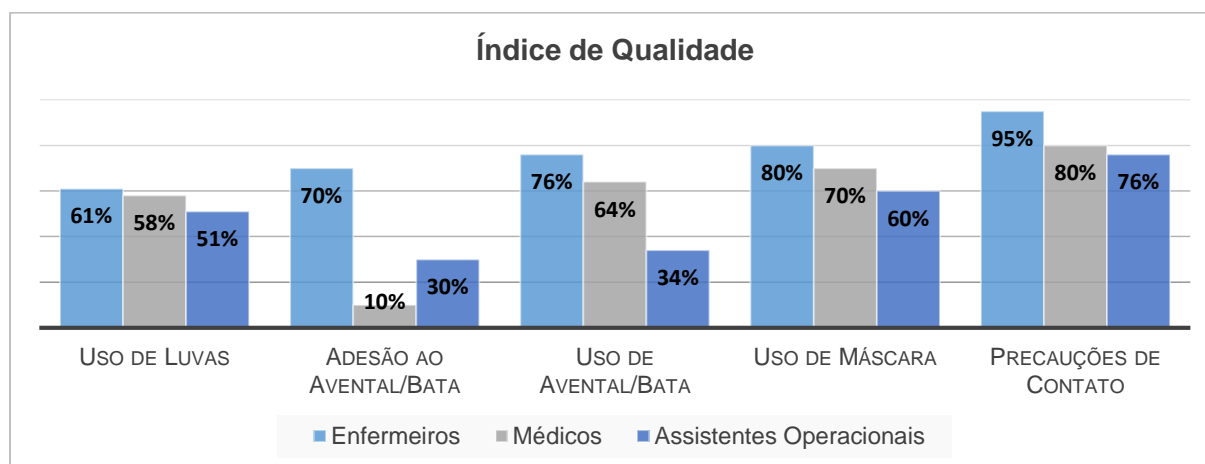
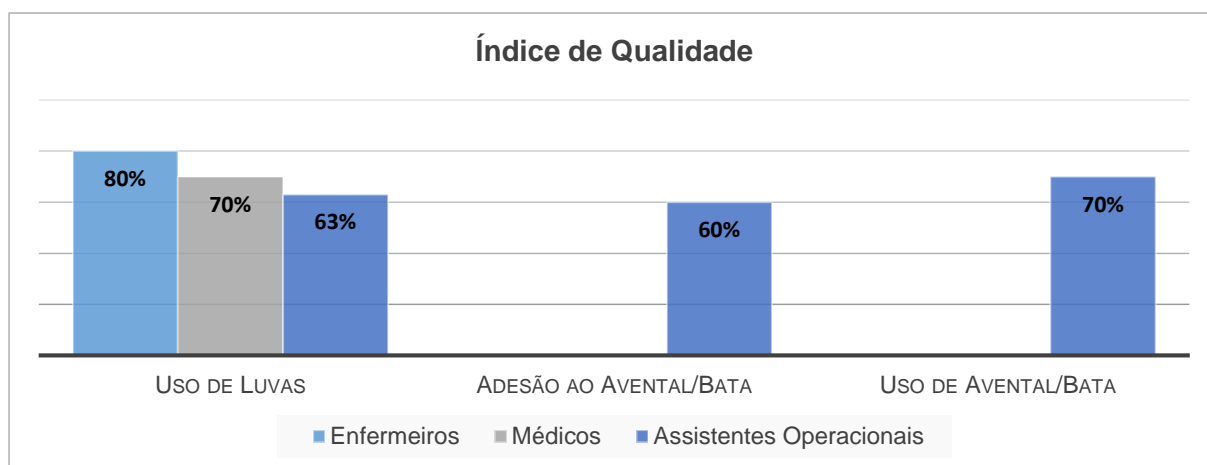


Gráfico 2. Resultado das observações finais realizadas à equipa multidisciplinar do SU



▪ **Monitorizar o protocolo de MRSA existente no SU**

No desenvolvimento do estágio no SU, monitorizei o cumprimento do protocolo de vigilância ativa do MRSA ao longo dos meses e incentivei a equipa para a sua adesão. Houve necessidade da criação de um fluxograma de atuação em caso de suspeita de colonização/infeção por MRSA (apêndice XXI) que foi afixado no SO para uma maior visualização dos fatores de risco e do esquema de descolonização. Foi também atualizada a folha de registo de enfermagem a preencher após a realização do rastreio (apêndice XXII).

No período de fevereiro de 2014 a janeiro de 2015 foram rastreadas no SU 1017 pessoas, das quais 12% (123 pessoas, todas idosas) estavam colonizadas com MRSA, o que vem confirmar a efetiva presença de pessoas colonizadas com MRSA. Todas as pessoas rastreadas no SU possuíam idade igual ou superior a 65 anos, o que vai de encontro com a evidência científica, tratando-se de um problema que atinge maioritariamente a população idosa.

No que diz respeito ao seguimento do protocolo, caracterizado pelo isolamento de contacto, descolonização nasal com mupirocina e banho diário com clorhexidina durante 5 dias, e repetição de zaragatoa nasal após 7 dias, apenas 39% pessoas o fizeram, sendo que 37% já tinham obtido alta aquando saída do resultado positivo, muitas vezes para lares na comunidade, com contacto direto com outras pessoas idosas em situação de vulnerabilidade. Este resultado pode estar associado ao facto da sua emissão pelo laboratório demorar cerca de 3 dias. Embora haja uma folha de notificação destes casos para a comunidade, esta raramente é preenchida, revelando uma ausência de um planeamento adequado da alta e de uma carência na articulação com os cuidados de saúde primários. A DGS (2007) salienta que a inadequada comunicação e articulação intra e interinstitucional na referenciação destes casos, é um obstáculo à prevenção e controlo da infeção hospitalar, aumentando a sua incidência.

Cerca de 24% das pessoas idosas colonizadas com MRSA vieram a falecer, mediante a sua situação clínica aguda e outras comorbilidades, embora a colonização com MRSA seja indicador de uma situação de maior fragilidade, conferindo um maior risco de mortalidade.

Dos casos positivos de colonização por MRSA detetados entre fevereiro de 2014 e janeiro de 2015, os fatores de risco mais predominantes encontrados na pessoa idosa foram: 41% eram residentes em lar; 27% tinham história de internamento recente; 16% eram portadores de feridas crónicas; 12% possuíam dispositivos invasivos, 2% eram insuficientes renais sob hemodiálise; 1% havia história de colonização/infeção por MRSA; e 1% tinham sido transferidos de outras unidades hospitalares.

Os resultados do rastreio de vigilância ativa a MRSA no SU (fevereiro de 2014 a janeiro de 2015) acima mencionados encontram-se apresentados graficamente no apêndice XXIII, para uma mais fácil análise dos dados.

Apostar num diagnóstico precoce de colonização/infeção por MRSA, com vista à antecipação de complicações, pode marcar a diferença e traduzir-se em ganhos em saúde para todas as pessoas idosas internadas no SU.

A pessoa idosa aceitou em todas as situações a realização do rastreio, de forma negociada, compreendendo-o como importante para si e não apenas por imposição de protocolos do serviço. O processo de negociação é um aspeto fundamental para o

envolvimento, comprometimento e parceria efetiva com a pessoa idosa (Gomes, 2009).

A sua aplicabilidade implicou sempre o estabelecimento de uma relação de parceria com a pessoa idosa e família, em que me dei a conhecer e conheci o outro, apurando os seus fatores de risco e solicitando a sua colaboração na realização da(s) zaragatoas(s), justificando a sua execução, o seu processo diagnóstico e esclarecendo todas as questões que surgiam. Era frequente perguntarem informações acerca do microrganismo, se era grave e se estava implicado no diagnóstico médico pelo qual estava internado. Assim, pude constatar que um pequeno procedimento pode ter um elevado impacto na pessoa alvo de cuidados e na sua família. É necessário despende tempo e espaço para estar com a pessoa idosa, promovendo um processo reflexivo, em que o doente é incluído na ação e o sentido da ação é pensado com ele, visando ajudá-lo a explorar as possíveis alternativas e consequências da situação (Gomes, 2009).

4.5. Melhorar a resposta da equipa multidisciplinar do SU às necessidades da pessoa idosa colonizada/infetada com MRSA e sua família, com as consequentes implicações decorrentes do isolamento de contacto, tendo por base uma intervenção em parceria.

Procurei sempre promover junto da equipa de enfermagem o cumprimento do protocolo de vigilância ativa do MRSA, sensibilizando os elementos individualmente e envolvendo com maior destaque os chefes de equipa de enfermagem, vistos como elementos de referência e líderes junto do grupo. Divulguei o projeto maioritariamente de forma informal, no quotidiano do trabalho, através dos momentos de pausa, de passagens de turno e de socialização no serviço. Esta estratégia é defendida por Eraut (2008) que refere que a aprendizagem informal surge no processo formativo com um elevado valor, pois através da realidade prática profissional e da interação entre pares o profissional contacta com um conjunto de conhecimentos fulcrais. Canário (2007,p.5) reconhece que “quem aprende, aprende a maior parte das coisas fora da escola e por processos que não são formais”.

Bártolo (2007) menciona que o desenvolvimento da formação no contexto de trabalho permite rentabilizar saberes, espaços, integrando na prática clínica uma dinâmica formativa. O profissional de saúde forma-se porque experimenta, vive, reflete, aprende cuidando e cuida aprendendo, contribuindo para o desenvolvimento

de competências individuais e coletivas e para o crescimento da equipa e da própria organização (Bártolo, 2007). Este autor defende a apresentação, discussão e reflexão de situações reais em equipa uni ou pluriprofissional, sobre os problemas globais de saúde de uma dada família ou indivíduo, com vista à procura partilhada de soluções.

Em contexto de estágio, foram seguidos os referidos desígnios, mediante a dinamização de momentos de reflexão em equipa nos períodos de pausa, seguindo a lógica do ciclo de Gibbs, analisando os casos das pessoas em isolamento de contacto por MRSA. Segundo Jasper (2003), o ciclo reflexivo de Gibbs constitui um processo que contribui para melhorar as intervenções. Nestes momentos sensibilizou-se a equipa para a importância da utilização do modelo de parceria com a pessoa idosa e família, de forma a diminuir o impacto psicológico decorrente do isolamento e do EPI utilizado pelos profissionais e pelas visitas. Foi igualmente abordado em equipa a necessidade de envolver a família e visitantes nas boas práticas para a prevenção da transmissão da infeção por MRSA, realizando ensinamentos e supervisionando a sua atuação, o que foi da concordância de todos os enfermeiros.

Refletir sobre a prática é relevante para a evolução profissional de cada um de nós. A prática também é lugar de produção do saber, não devendo ser esquecida e ignorada, por se refletir por vezes num quotidiano mais ou menos rotineiro (Collière, 1999). É fundamental problematizar as situações e questionar num *continuum* a realidade e as nossas práticas, num processo de desconstrução e reconstrução. Johns (2011) menciona que a reflexão facilita a aquisição de novos conhecimentos e uma maior capacidade para responder de forma congruente às situações.

Junto da equipa de enfermagem foi também discutida a importância da avaliação multidimensional da pessoa idosa no SU, a qual foi alvo de reflexão conjunta, tendo suscitado desde logo algumas questões na equipa, relativamente ao acréscimo de trabalho e ao tempo que poderia exigir. Ficou acordado a realização do resumo mínimo de dados da pessoa idosa, no momento da admissão em SO, mediante a aplicação das suas diferentes escalas, de forma experimental, assim que o serviço o permita (escassez de recursos humanos e sobrelotação), dando sempre prioridade aos instrumentos de avaliação que mais se adequem a cada situação. Por exemplo numa situação de isolamento foi acordado a aplicação do índice de *Barthel*, disponível no programa informático, de forma a dar resposta ao problema da maior imobilidade dos doentes de modo a melhorar o planeamento das intervenções de enfermagem.

Em janeiro de 2015, no decorrer do estágio no SU foram realizadas um conjunto de ações de formação aos profissionais, englobando inicialmente a equipa de enfermagem e posteriormente a de AO, nas quais se divulgou os resultados dos questionários aplicados e das observações realizadas. As sessões foram reproduzidas durante 5 dias de forma a dar oportunidade de participação a todos os profissionais, tendo as horas despendidas sido contabilizadas para a bolsa de horas por parte da coordenação do serviço, de modo a incentivar a sua adesão.

Nos enfermeiros a sessão de formação focou os seguintes aspetos: as IACS; a problemática do MRSA; o novo protocolo de vigilância ativa MRSA; o folheto informativo realizado; a divulgação dos resultados do questionário aplicado e das auditorias às práticas e as intervenções de enfermagem a realizar no cuidado à pessoa idosa com MRSA (apêndice XXIV). Estes dados permitiram o confronto dos profissionais com as suas práticas de controlo da infeção e o seu papel na transmissão cruzada, vendo em números a qualidade das suas práticas.

Foi explicado o procedimento a cumprir em caso de isolamento de contacto, salientando a necessidade de ser em quarto individual ou em coorte, em local afastado dos locais de passagem e afastados de doentes com fatores de risco. Foram abordados os 5 momentos da higienização das mãos, como medida primordial do controlo da infeção, bem como a utilização correta do EPI. Os cuidados de higiene foram alvo de especial destaque, salientando que o doente com MRSA deverá ser o último, utilizando materiais individualizados e a sua roupa deverá ser manipulada com cuidado e contida no saco vermelho. A limpeza da unidade do doente com MRSA e o transporte do mesmo para os exames ou serviços foram pontos também trabalhados com a equipa. O envolvimento da família nos cuidados desde o primeiro dia de internamento foi outro dos pontos-chave tratados com a equipa de enfermagem, de forma a estimular a higienização das mãos e assegurar o uso correto do EPI, educando e informando-as para não contactar com os outros doentes internados.

Importa refletir que existiam enfermeiros que desconheciam alguns destes cuidados, o que foi visível através dos questionários, e das suas verbalizações «não sabia que tínhamos urinóis e arrastadeiras descartáveis», «sempre coloquei a roupa no saco branco», «nunca programei as deslocações, nem nunca tinha pensado nisso». Considero que esta formação se tornou uma mais-valia, na medida em que permitiu a transmissão de informações, como o debate e partilha de experiências.

A formação realizada às AO foi bem recebida pelos profissionais, tendo incidido sobre os tipos de isolamento existentes (via aérea, gotículas e contacto), a higienização das mãos (focando os 5 momentos), o uso adequado do EPI e a limpeza e desinfeção de superfícies, fornecendo indicações específicas a realizar, dando destaque às superfícies de toque frequente (manípulos das portas, interruptores, puxadores, suportes de soro, grades da cama, e sanitários) [apêndice XXV]. Os AO referiram que não utilizavam avental em situações de descontaminação da unidade do doente após a alta, por desconhecimento e que não trocavam de avental entre doentes, por não sentirem necessidade. Nesta formação estiveram presentes alguns elementos novos na equipa, recentemente integrados, e para os quais esta transmissão de conhecimentos foi de extrema importância. Durante o estágio fui chamando a atenção para as situações em que o uso do EPI era necessário e fui orientando algumas práticas que lhes suscitavam dúvidas.

Nas sessões de formação à equipa de enfermagem e de AO foi utilizado na prática da higienização das mãos um equipamento que permitia visualizar a eficácia da técnica. Estiveram presentes 30 enfermeiros e 29 AO no total de sessões formativas realizadas, correspondente a cerca de metade da equipa. Embora não contemple uma taxa de adesão muito satisfatória, foi a possível tendo em conta a carga de trabalho vivenciada no SU e a desmotivação profissional na atualidade. Face a este facto revelou-se importante divulgar a apresentação via *email* a todos os elementos da equipa e aproveitar os momentos informais para o esclarecimento de questões.

A divulgação dos resultados das auditorias às práticas à equipa médica foi realizada de forma informal, nos momentos de passagem de turno, dando lugar a discussão e reflexão de estratégias de melhoria a adotar. Uma das contrapartidas mencionada por esta categoria profissional foi o facto de existirem diariamente inúmeros elementos médicos externos ao hospital, contratualizados por empresas, o que promove práticas de risco e a desresponsabilização. Face a este problema a diretora médica comprometeu-se sempre que possível dar apoio e supervisionar estes profissionais, tentando alertar para a importância das boas práticas de controlo da infeção. Os resultados foram também divulgados nas II Jornadas de Infeciologia do HD, onde a maioria da equipa se encontrava presente, mediante a apresentação de comunicação livre, com o consentimento da direção do serviço. Em relação ao uso de aventais a classe médica argumentou que o seu uso regular não fazia sentido, por

exemplo na observação dos doentes ou na realização de técnicas que não envolvesse o contacto prolongado. Contudo salientei a importância de evitarem o uso das batas com mangas compridas e privilegiarem o fardamento com mangas curtas. Neste sentido, foi solicitado à rouparia do hospital um pequeno *stock* de túnica para o serviço de forma a promover o seu uso, o que teve grande adesão na equipa.

Nestas sessões foram apresentados para além dos resultados das observações, os dados do rastreio do MRSA durante o ano, divulgando em números o esforço do trabalho de todos e qual o caminho a seguir na continuação do projeto.

Foi eleito, com concordância da direção e coordenação do serviço, um médico e um AO como elos de ligação do SU ao GCL-PPCIRA, de forma a influenciar os seus pares profissionais e a trabalhar em equipa com os elos de ligação de enfermagem, dinamizando iniciativas na área do controlo de infeção e colaborando na campanha das mãos no ano 2015.

A equipa de enfermagem demonstrou ao longo do estágio um maior domínio dos conhecimentos acerca da prevenção da infeção por MRSA e uma maior preocupação com a correta utilização do EPI, a par de uma maior adesão à higienização das mãos e ao uso do avental. Seria pertinente fazer uma nova avaliação num futuro próximo pelos elos de ligação do GCL-PPCIRA na equipa, para ir monitorizando a qualidade das práticas.

De forma a criar um suporte escrito de apoio à atuação profissional de enfermagem, foi contruído um *dossier* com todas as formações realizadas, com artigos científicos de referência, e com as normas e orientações da DGS, relacionadas com as PBCI, com o uso de luvas e a prevenção e controlo de colonização por MRSA. O *dossier* ficou disponível na sala de trabalho de enfermagem para uma fácil consulta por parte dos enfermeiros. Estes documentos foram também divulgados na pasta pública do hospital, a pedido da equipa.

Com o intuito de promover a continuidade de cuidados foi possível reunir-me com o enfermeira coordenador do SU, com a enfermeira da equipa de gestão de altas e a enfermeira do GCL-PPCIRA, de forma a delinear uma estratégia de atuação, em grupo, que fosse eficaz e segura. Ficou decidido que aquando a alta da pessoa com MRSA para a comunidade, se deve notificar o GCL-PPICRA por telefone e este informará a EGA se o doente for encaminhado para a RNCC, de modo a que essa informação passe a constar da nota de transferência informática para a UCC. Esta resolução foi transmitida e validada com a enfermeira coordenadora da UCC.

4.6. Capacitar os profissionais de saúde que trabalham na UCC para desenvolverem tomadas de decisão que visem a prevenção e o controlo da infeção por MRSA na pessoa idosa;

A praxis de enfermagem em cuidados de saúde primários é um mundo fascinante, proporcionando cuidados individualizados no âmbito da educação para a saúde numa parceria enfermeiro-pessoa idosa (Fernandes, 2013). Contudo esta depende de equipas formadas e capazes de dar resposta às situações que se apresentam e aos desafios em saúde da atualidade. Assim, face aos resultados obtidos no questionário aplicado à equipa de enfermagem da UCC, foi realizada uma sessão de formação, abordando a problemática das IACS, em particular do MRSA, e as intervenções de enfermagem face às pessoas idosas colonizadas com este microrganismo e a sua família, sensibilizando os enfermeiros para a importância do cumprimento da higienização das mãos e para o uso do EPI (apêndice XXVI).

A equipa de enfermagem foi muito participativa na sessão, colocando dúvidas em relação ao esquema de descolonização, levantando a reflexão acerca do uso do EPI, que reconhecem ser esquecido em muitas situações por não se encontrarem no meio hospitalar. Os aventais e as máscaras que ficavam no armazém começaram a ser englobados na mala dos enfermeiros e utilizados na prestação direta de cuidados, assim como na realização de pensos e em procedimentos invasivos. Aproveitei a reunião e elogiei a equipa, reconhecendo o trabalho em parceria que fazem com as pessoas idosas e família, repleta de afetividade e autenticidade, incentivando a importância de continuar a envolvê-las e educá-las nos cuidados no domicílio.

Foi levantada a problemática de falta de comunicação e articulação com o hospital, pois em situações de colonização por MRSA, esta informação é transmitida pelos cuidadores logo na primeira visita a casa, o que não é aceitável num sistema de saúde que se quer integrado e centrado nos cuidados na comunidade e na pessoa. Face a este problema foi redigida uma carta juntamente com a enfermeira coordenadora dirigida ao diretor executivo, a sugerir a criação de uma norma de atuação para que as pessoas colonizadas com MRSA com alta hospitalar fossem reportadas à comunidade em tempo útil, permitindo um adequado acompanhamento das mesmas no domicílio, assegurando o cumprimento terapêutico e prevenindo a infeção. No entanto, até hoje não obtive resposta, pelo que a articulação foi estabelecida de forma informal entre os elementos de enfermagem, conforme acima exposto.

4.7. Reflexão sobre as competências desenvolvidas e aprendizagens realizadas

Este estágio permitiu o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista, nos quatro domínios das competências definidas pela OE (2010), destacando:

- **Domínio das Aprendizagens Profissionais:**

Desenvolvi competências de investigação, no sentido de procurar conhecimentos científicos na área da prevenção e controlo de infeção. Dinamizei processos formativos na equipa multidisciplinar em contexto de trabalho, de forma formal, em sala de sessões, e informal, nos momentos de pausa da equipa. Estes exigiram o desenvolvimento de competências de formação e comunicação de forma a transmitir motivação. Consegui envolver a equipa médica, sensibilizando-a para a problemática e para a importância da mudança das práticas. Promovi junto dos enfermeiros momentos de reflexão, uma prática inovadora no SU, que possibilitou a análise mental das práticas e a consciencialização dos procedimentos a melhorar. Avaliei o impacto da formação e divulguei os resultados de modo a estimular os profissionais para a melhoria dos cuidados. Participei em eventos científicos desenvolvidos a nível nacional, contribuindo com comunicações livres e pósteres, promovendo a troca de conhecimentos e experiências profissionais.

- **Domínio da Gestão dos Cuidados:**

Com a implementação deste projeto, principalmente no que concerne aos cuidados de enfermagem prestados, partindo de um processo de reflexão contínuo das experiências vividas, consigo agora cuidar da pessoa idosa com mais segurança, através do modelo de parceria e de todos os conhecimentos científicos desenvolvidos, resultando em *outcomes* positivos. Estou mais desperta para a relevância de compreender o que a pessoa idosa tem como importante para si, face ao seu projeto de vida, e para o valor de envolver a família neste contexto de transição, em vez de colocar a família na sala de espera, numa posição a parte dos cuidados e de tentar descarregar uma série de informação que eu, considero essencial, sem escutar o que são as reais preocupações e necessidades do Outro, como fazia anteriormente.

Tive também neste domínio oportunidade de desenvolver competências de gestão e liderança, orientando e supervisionando as práticas da equipa multidisciplinar, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados na área do controlo de infeção,

prestando consultoria a todos os profissionais, ajudando nas tomadas de decisão. Foi ainda realizada uma forte aposta na articulação entre o SU e a UCC, na tentativa de assegurar a continuidade de cuidados e evitar complicações para a pessoa idosa.

▪ **Domínio da Melhoria Continua da Qualidade dos Cuidados:**

Neste domínio considero que aprendi a intervir em parceria junto da pessoa idosa, desenvolvendo competências relacionais e comunicacionais, que permitem envolver família no processo de cuidados desde a admissão em SO. Aprendi a cuidar do outro, valorizando as suas preocupações, assente um processo negociado e partilhado de poder, promotor da sua autonomia e segurança. Já é frequente ver as famílias junto das pessoas idosas em SO, o que sugere uma mudança nas práticas.

Considero que deixei mudança no serviço tendo em conta que a equipa de enfermagem melhorou a sua resposta às necessidades da pessoa idosa colonizada/infetada com MRSA e sua família, estando desperta para a importância de as envolver no processo de cuidados e de com elas cumprir as PBCI e de contacto. O rastreio de vigilância ativa no SU tornou-se parte integrante da rotina de admissão em SO, o que é muito gratificante, embora ainda haja um longo caminho pela frente junto da equipa, na implementação de uma avaliação multidimensional da pessoa idosa.

Na área do controlo de infeção implementei medidas de melhoria do acesso à solução alcoólica, de forma a garantir o ambiente seguro para a pessoa idosa e integrei grupos de trabalho no HD, nomeadamente colaborei na elaboração do procedimento de atuação perante um caso de suspeita de doença pelo vírus Ébola, realizando um vídeo de colocação e remoção do EPI e desenvolvi ações de formação em serviço neste âmbito, promovendo um ambiente seguro e terapêutico para todas as pessoas. Colaborei em programas de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, através da realização de auditorias, análise dos resultados e revisão das práticas, de forma a prevenir as IACS.

• **Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal:**

Neste âmbito promovi práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, assegurando a segurança, privacidade e dignidade das pessoas idosas internadas no SU. Identifiquei e intervi em situações de risco para a pessoa idosa e família, prevenindo a transmissão cruzada da infeção e promovendo o seu bem-estar psicológico em situação de isolamento de contacto.

O percurso formativo realizado possibilitou também o desenvolvimento de **competências de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, vertente pessoa idosa**. Nesta área desenvolve:

- ✓ Capacidade de utilizar modelos de intervenção em enfermagem específicos para a pessoa idosa;
- ✓ Capacidade de avaliação multidimensional da pessoa idosa, utilizando instrumentos de medida específicos, de forma a intervir tendo em conta a sua individualidade;
- ✓ Capacidade de estabelecer uma relação de parceria com a pessoa idosa e cuidador familiar, estabelecendo diagnósticos de enfermagem e intervindo em conformidade;
- ✓ Capacidade de resolver na equipa multidisciplinares problemas relativos às principais síndromes da pessoa idosa;
- ✓ Conhecimento acerca dos recursos existentes na comunidade, que prestam apoio às pessoas idosas/famílias aquando a alta hospitalar;
- ✓ Conhecimentos científicos, técnicos e éticos na área da prevenção e controlo da infeção, agindo como perita no seio da equipa multidisciplinar.

CONCLUSÃO

Este projeto relevou-se num desafio aliciante que me apaixonou ao longo do seu desenvolvimento, exigindo o aprofundamento de conhecimentos, com base na investigação e na reflexão. Todas as experiências vividas permitiram a perceção de uma nova visão da pessoa idosa e um assumir de um novo *self*, enquanto pessoa e profissional, com uma postura renovada no meu contexto profissional. Hoje, os meus cuidados são diferenciados e as prioridades redefinidas, dotando a pessoa idosa/família, alvo de cuidados, de uma atenção especializada, focada nas suas diferentes dimensões, ajudando a ultrapassar quer a situação aguda da doença, como também o declínio funcional e cognitivo que esta pode acarretar, mobilizando as suas capacidades e promovendo o Cuidado de Si.

Considero que neste estágio consegui desenvolver na pessoa idosa e na sua família o cuidado de Si, em contexto comunitário e hospitalar, promovendo a sua segurança, com recurso a estratégias de transparência e verdade, com respeito pelo seu projeto de saúde e vida, indo ao encontro das suas preocupações (Gomes, 2009). Desenvolvi competências comuns de enfermeira especialista nos quatro domínios definidos pela OE (2010), ao nível das aprendizagens profissionais, da gestão dos cuidados, melhoria contínua da qualidade dos cuidados e da responsabilidade profissional, ética e legal.

O cuidado à pessoa idosa com MRSA internada no SU, não se limita apenas a uma vaga num quarto individual, que permita um isolamento de contacto seguro. Sinto que atualmente existe na equipa uma maior preocupação pelo bem-estar psicológico da pessoa idosa, pelo envolvimento da família e pela prevenção de complicações e limitações. Constatar estas alterações, é muito compensador para mim, como motor deste projeto, o qual só obteve sucesso através do empenho e trabalho de toda a equipa multidisciplinar. Perceber que o SU tem uma nova porta, que se abre à pessoa idosa e à sua família, com respeito pelo seu património individual e pelos seus quereres, com espaço para a negociação é gratificante.

Através do caminho percorrido sinto-me mais próxima do que se pretende que seja uma enfermeira perita na área do cuidado de enfermagem à pessoa idosa. De acordo com Benner (2001, p.58) “a enfermeira perita tem uma enorme experiência, compreende, agora de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis”.

Promover o bem-estar, o conforto e a qualidade de vida da pessoa idosa são assim princípios guia na minha prestação de cuidados enquanto futura enfermeira especialista, mediante a identificação, prescrição, implementação e avaliação de intervenções, que contribuam para evitar problemas ou minimizar potenciais efeitos indesejáveis (OE, 2012).

Considero ter atingido os objetivos de mestrado, no qual realizei um forte investimento pessoal e profissional, de forma a basear a minha práxis em padrões elevados de evidência científica e em modelos de trabalho adequados ao cuidado à pessoa idosa, tendo em conta a sua individualidade, promovendo a sua autonomia, respeito e privacidade, o que só foi possível, através da implementação do modelo de Intervenção em parceria (Gomes, 2013)

O percurso foi avaliado como muito positivo pela enfermeira orientadora de estágio (anexo II), aspeto que me deixou sensibilizada, grata e orgulhosa, pelo ganho de competências reconhecido. Julgo que deixei mudança no serviço, tendo em conta a melhoria evidenciada das práticas da equipa multidisciplinar, agora mais capaz de dar resposta às necessidades da pessoa idosa colonizada/infetada com MRSA e sua família no SU. Sinto-me confiante na continuidade do respetivo trabalho e no futuro envolvimento de mais profissionais, como os técnicos de laboratório, de cardiopneumologia, o barbeiro, bem como de toda a equipa de voluntariado do SU.

Os aspetos facilitadores à implementação deste projeto prendem-se com o facto de fazer parte integrante da equipa, com a presença de relações de confiança e autenticidade já estabelecidas entre pares, que permitem troca de críticas construtivas e de propostas de melhoria. Porém a sobrecarga de trabalho da equipa multidisciplinar, assim como a gestão do tempo foram fatores que limitaram o desenvolvimento do projeto. Para a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa idosa no SU, sugere-se a implementação efetiva de uma avaliação multidimensional, baseada no resumo mínimo de dados, elaborado no decurso do estágio, como parte integrante da prática profissional dos enfermeiros.

Algumas das atividades desenvolvidas durante o estágio estão agora a ser apresentadas ao Serviço de Medicina e discutida a sua aplicabilidade, como é o caso do folheto educativo para as visitas sobre MRSA e do novo protocolo de vigilância ativa do MRSA, para as pessoas que são internadas neste serviço diretamente da área de ambulatório do SU, sem passarem pelo SO.

BIBLIOGRAFIA

- Bártolo, E. (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar*. Lisboa: Climepsi Editores;
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de Enfermagem* (Edição Comemorativa ed.). Coimbra: Quarteto Editora;
- Bicudo, M. J. G. A. (2013). Do Envelhecimento Saudável à Longevidade com Qualidade Contributos dos Enfermeiros. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.39-73). Loures: Lusociência;
- Cabete, D. (2005) *O Idoso, a Doença e o Hospital*. Loures. Lusociência;
- Canário, R. (2007). Aprendizagens e Quotidianos Profissionais. In A. Rodrigues et al. *Processos de formação na e para a prática de cuidados*. Loures: Lusociência;
- Cabral, M. V. & Ferreira, P. M. (2014) *O Envelhecimento ativo em Portugal: trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos;
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P. & Marques T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal: Usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos;
- Carneiro, R., Chau, F, Soares, C., Fialho, J. A. S. & Sacadura, M. J. (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade - Relatório Final*. Lisboa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa Faculdade de Ciências Humanas Universidade Católica Portuguesa. Acedido em 02/03/2015. Disponível em http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf;
- Centers for Disease Control and Prevention (2013). *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) Infection in Healthcare Settings*. Acedido em 03/03/2015. Disponível em <http://www.cdc.gov/HAI/organisms/mrsa-infection.html>;
- Centers for Disease Control and Prevention (2015). *National Action Plan to Prevent Health Care-Associated Infection: Road Map to Elimination*. Acedido em 03/03/2015. Disponível em http://www.health.gov/hai/prevent_hai.asp#hai;
- Chen, C. C. & Pass, S. E. (2013). Risk factors for and impact of methicillin-resistant Staphylococcus aureus nasal colonization in patients in a medical intensive care unit. *American Journal of Infection Control*, 41, 1100-1101;

- Coia, J. E., Duckworth, G., Edwards, D. I., Farrington, Fry, C., Humphreys, H. ... Tucker, D. R. (2006). Guidelines for the control and prevention of methicillin Staphylococcus aureus (MRSA) in health facilities. *J Hosp Infect*, 63, 1-44;
- Collière, M. (1999). *Promover a Vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses;
- Collière, M. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência;
- Conceição, T., Diamantino, F., Coelho, C., Lencastre H., & Aires-de-Sousa, M. (2013). Contamination of Public Buses with MRSA in Lisbon, Portugal: A Possible Transmission Route of Major MRSA Clones within the Community. *Plos One*, 8(11), 1-6;
- Conselho económico e social Portugal (2013) *Parecer de iniciativa sobre as consequências económicas, sociais e organizacionais decorrentes do envelhecimento da população*. Acedido em 01/03/2015. Disponível em http://www.ces.pt/download/1359/FINAL_completa%20com%20ESTUDO.pdf;
- Crisp, L. N., Berwick, D., Kickbusch, I., Bos, W., Antunes, J. L., Barros, P. P. & Soares, J. (2014). *Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Acedido em 10/09/2014. Disponível em http://www.gulbenkian.pt/mediaRep/gulbenkian/files/institucional/FTP_files/pdfs/FuturodaSaude2014/RelatorioFuturodaSaudePT2014/index.html#/2/;
- Dawood, M., Dobson, A., & Barnerjee, J. (2011) Treatment of older people in emergency departments. *Emergency Nurse*. 19(7)18-19.
- Direção Geral de Saúde (2005). *Relatório: Inquérito de Prevalência de Infeção 2003*. Acedido em 01/07/2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008558.pdf>;
- Direção Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Acedido em 01/03/2015. Disponível em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/national-programme-for-the-health-of-the-elderly.aspx>;
- Direção Geral de Saúde (2007) *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Acedido em 01/07/2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008902.pdf>;
- Direção Geral de Saúde (2013a). *Portugal – Controlo da Infeção e Resistências aos Antimicrobianos em números – 2013 Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Acedido em 30/03/2014. Disponível

em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2013.aspx>;

Direção Geral de Saúde (2013b). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos Orientações Programáticas* Acedido em 30/03/2014. Disponível em <https://www.google.pt/#q=Programa+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+e+Controlo+de+Infe%C3%A7%C3%B5es+e+Resist%C3%Aancias+aos+Antimicrobianos>;

Direção Geral de Saúde (2013c). *Prevalência de Infecção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses - Inquérito 2012*. Acedido em 30/03/2013. Disponível em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCkQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdocumentos-e-publicacoes%2Finquerito-de-prevalencia-de-infecao-adquirida-no-hospital-e-uso-de-antimicrobianos-nos-hospitais-portugueses-inquerito-2012-jpg.aspx&ei=LFPOU4_zH6LH0QXNxoDICA&usg=AFQjCNHcKmCk4NPOwUcowCqHput160K2kQ&sig2=ro9rh0JONok3yTCI2YMCIQ;

Direção Geral de Saúde (2013d). *Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde em que são criados os grupos de coordenação regional e local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)*. Acedido em 30/03/2014. Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>;

Direção Geral de Saúde (2013e). *Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos*. Acedido em 03/03/2015. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i018596.pdf>;

Direção Geral de Saúde (2013f). *Norma nº029/2012 – Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. Acedido em 01/12/2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas.aspx?v=d8732ab1-51fe-484a-9672-d84deecf6187>;

Direção Geral de Saúde (2014a). *Norma nº018/2014 - Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por *Stapylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA)*. Acedido em 15/12/2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de09122014.aspx>;

- Direção Geral de Saúde (2014b). *Norma nº013/2014 – Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde*. Acedido em 01/12/2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas.aspx>;
- Direção Geral de Saúde (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Acedido em 02/02/2015. Disponível em <http://www.dgs.pt/em-destaque/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020.aspx>;
- Ducel, G., Fabry, J. & Nicolle, L. (2002). *Prevention of hospital-acquired infections: A practical guide*. Acedido a 01/02/2015. Disponível em <http://www.who.int/csr/resources/publications/whocdscscreph200212.pdf>;
- Duncan, C. P. & Dealey, C. (2007). Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. *British of Nursing*. 16(1), 34-38;
- European Centre for Disease Prevention and Control (2009). *Joint Technical Report The bacterial challenge: time to react - A call to narrow the gap between multidrug-resistant bacteria in the EU and development of new antibacterial agents*. Acedido em 02/02/2015. Disponível em file:///C:/Users/veron_000/Downloads/0909_TER_The_Bacterial_Challenge_Time_to_React.pdf;
- European Centre for Disease Prevention and Control (2012). *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011-2012*. Acedido em 01/02/2015. Disponível em http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcare-associated_infections/point-prevalence-survey/Pages/Point-prevalence-survey.aspx;
- European Centre for Disease Prevention and Control (2013a). *Antimicrobial resistance surveillance in Europe Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net) 2012*. Acedido em 01/04/2014. Disponível em <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-surveillance-europe-2012.pdf>;
- European Centre for Disease Prevention and Control (2013b). *Annual epidemiological report: Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data 2013*. Acedido em 01/04/2014. Disponível em <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/annual-epidemiological-report-2013.pdf>;

- European Centre for Disease Prevention and Control (2014). *Summary of the latest data on antibiotic resistance in the European Union*. Acedido em 01/02/2015. Disponível em <http://ecdc.europa.eu/en/eaad/Documents/EARS-Net-summary.pdf>;
- Ellis, G. , Marshal, T. & Ritchie, C. (2014). Comprehensive geriatric assessment in the emergency deparytment. *Clinical Interventions in Aging*. 9, 2033-2043;
- Eraut, M. (2008). *Useful Knowlwdge about and what people leran while they are working based on the extensive research of Professor Michael Eraut*. Acedido em 01/05/2014. Disponível em: <https://www.yumpu.com/en/document/view/15169069/how-professionals-learn-through-work>;
- Eveillard, M., Leroy, C., Teissiere, F., Lancien, E., Branger, C., Lassence, A.... O”Brun, P. (2006). Impacto f selective screening in the emergency department on meticillin-resistant Staphylococcus aureus control programes. *Journal of Hospital Infection*, 63, 380-384;
- Fairclough, S. J. (2006). Why tackling MRSA needs a comprehensive approach. *Bristish Journal of Nursing*, 15(2), 72-75;
- Fernandes, M. J. S. R. S. (2013). Envelhecimento Bem-Sucedido: Modelo de Intervenção em Enfermagem. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.3-37). Loures: Lusociência;
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*, Loures: Lusodidata;
- Fulmer, T. (2007). How to try this – Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 107(10), 40-48. Acedido em 01-04-2014. Disponível em <http://nursing.ceconnection.com/nu/public/modules/1187>;
- Glick, S. S., Sansão, D. J., Huang, E., Cubas, V. Weber, S. & Aronson (2013). Effective Health Care Program: Sreening for Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus, Executive Summary. *Agency for Healthcare Research and Quality*, 102, 1-20. Acedido em 15/06/2014. Disponível em <http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/228/1551/MRSA-screening-executive-130617.pdf>;
- Gomes, I. G. (2007). O Conceito de Parceria na Interação Enfermeiro/Doente Idoso – Da submissão à acção negociada. In C. Mesquita, I. D. Gomes, M. G. Mestrinho,

- R. Carvalho & R. Dinis. *Parceria e Cuidado de Enfermagem – Uma Questão de Cidadania* (pp. 69-113). Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda;
- Gomes, I.D. (2009). *Cuidado de Si A Natureza da Parceria entre o enfermeiro e o doente idoso o domicílio*. (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa;
- Gomes, I.D. (2009). *Cuidado de Si A Natureza da Parceria entre o enfermeiro e o doente idoso o domicílio*. Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento. Lisboa;
- Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicilio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência;
- Governo de Portugal (2012). *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações. Programa de ação 2012*. Acedido em 01-04-2014. Disponível em <http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012.pdf>;
- Hospital Distrital (2012). *Plano de Acção – Serviço de Urgência*. Hospital Distrital;
- Hospital Distrital (2013). *Programa de Vigilância Epidemiológica da Infecção do HD- Resultados de 2012*. Hospital Distrital;
- Hospital Distrital (2014). *Circuito de Gestão de Doentes: Serviço de Urgência*. Hospital Distrital;
- Health Protection Scotland (2013). *Protocol for CRA MRSA Screening National Rollout in Scotlans*. Acedido em 15/06/2014. Disponível em [http://www.his.org.uk/files/1213/7483/8500/Protocol for CRA MRSA screening National Rollout in Scotland Health Protection Scotland January 2013.pdf](http://www.his.org.uk/files/1213/7483/8500/Protocol%20for%20CRA%20MRSA%20screening%20National%20Rollout%20in%20Scotland%20Health%20Protection%20Scotland%20January%202013.pdf);
- Infection Control Nurses Association (2005). *Audit Tools for Monitoring Infection Control Guidelines within the community Setting*. Acedido em 01/12/2014. Disponível em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.hdfn.nhs.uk%2FEasySiteWeb%2FGatewayLink.aspx%3Fallid%3D5845&ei=XKOyVO_8EMirU8mVqJAH&usq=AFQjCNESiWbVfPInq7s4fC5wZf0-5Ff1gA&bvm=bv.83339334,d.d24;

- Instituto Nacional de Estatística (2014). *Projeções de população residente 2012-2060*.
Acedido em 08/02/2014. Disponível em
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2;
- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice*. United Kingdom: British Library;
- Johns, C. (2011) Becoming Reflective Practitioner. *Medical Education*, 45, 625-635.
Acedido em 01/04/2014. Disponível em
http://www.blackwellpublishing.com/content/BPL/Images/Content_store/Sample_chapter/1405118334/ChapterOne.pdf;
- Kock, R., Becker, K., Cookson, B., Gemert-Pijnen, J.E., Harbarth, S., Kluytmans, J. ...
Friedrich, a. W. (2010). *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA): burden of disease and control challenges in Europe*. Acedido em 01/02/2015. Disponível em
<http://dspace.ubvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/39621/256898.pdf?sequence=1>;
- Lecour, H. (2010). Infecção em cuidados de saúde – Perspectiva actual. *Cadernos de Saúde*. 3 (Número especial Infecção Associada à Prática de Cuidados de Saúde). 17-23;
- Legrain, S., Tubach, F., Bonnet-Zamponi, D., Lemaire, A., Aquino, J., Paillaud, E.,...
Lacaille, S. (2011) A New Multimodal Geriatric Discharge-Planning Intervention to Prevent Emergency visits and rehospitalizations of older adults: The Optimization of Medication in AGEd Multicenter Randomized Controlled Trial. *The American Geriatrics Society*. 59(11).2017-2028;
- Lito, L. M. (2010). Epidemiologia da Infecção Hospitalar. *Cadernos de Saúde*. 3 (Número especial Infecção Associada à Prática de Cuidados de Saúde). 25-31;
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. (5ª ed.), Philadelphia: Lippincott;
- McKibben, L., Horan, T., Tokars, J. I., Fowler, G., Cardo, D. M., Pearson, M. L. ...
Brennan P. J. (2015). Guidance on Public Reporting of Healthcare-Associated Infections: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *AJICspecial article*. 33(4). 217-226. Acedido em 01/03/2015. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/PublicReportingGuide.pdf>;
- McKinnell, J. A., Huang, S. S., Eells, S.J. Cui, E. & Miller, L.G. (2013). Quantifying the impact of extra-nasal testing body sites for MRSA colonization at the time of hospital or intensive care unit admission. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 34(2). 161-170;

- Morgan, D., Diekema, D. J., Sepkowitz, K. & Perencevich, E. N. (2009). Adverse outcomes associated with contact precautions: A review of the literature. *Am J Infect Control*, 37(2), 85-93;
- Moura, J. P., Pimenta, F. C., Hayashida, M., Cruz, E. D. A., Canini, S. R. M. S. & Gir, E. (2011). Colonization of Nursing Professionals by *Staphylococcus aureus*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(2), 325-331;
- National Institute for Clinical Excellence (2002). *Principles for best practice in clinical audit*. Oxford: Radcliffe Medical Press. Acedido em 01/11/2014. Disponível em http://www.uhbristol.nhs.uk/files/nhs-ubht/best_practice_clinical_audit.pdf;
- Noble, D. B. (2009). Patient Education on MRSA Prevention and Management: The Nurse's Vital Role. *Nurses as Educators*, 18(6), 375-378;
- Nolan, M. R. (2009). Older patients in the emergency department. *Journal of gerontological nursing*. 25 (12), 14-18
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar Padrões de Qualidade dos Cuidados de enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Acedido em 20/04/2014. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>;
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico - Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro*. Acedido em 01/07/2014. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>;
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido em 20/04/2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamentao_competencias_comuns_enfermeiro.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados Descritivos*. Acedido em 2014/01/15. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>;
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde;

- Peres, D. (2007). *Caracterização Epidemiológica do Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) num Hospital Distrital do Grande Porto e sua Perceção pelos Profissionais de Saúde*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Porto;
- Peres, D. & Pina, E. (2008). Vigilância epidemiológica na infecção associada a cuidados de saúde. *Nursing*, 239, 3-11;
- Pintado, M. (2010). O ambiente na transmissão da infecção. *Cadernos de Saúde*. 3 (Número especial Infecção Associada à Prática de Cuidados de Saúde). 41-45;
- Ramirez, M. (2010). Resistência em bactérias de Gram-positivo. *Cadernos de Saúde*. 3 (Número especial Infecção Associada à Prática de Cuidados de Saúde). 87-92;
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2012) *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda;
- Ridgway, J. P., Peterson, L. R., Brown, E. C., Du, H., Hebert, C., Thomson Jr, R. B.... Robicsek, A. (2013). Clinical Significance of Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus Colonization on Hospital Admission: One Year Infection Risk. *Plos One*, 8(11), 1-9;
- Ruivo, M. A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de etapas. *Percursos: Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal*, 15, 1-37;
- Seibert, D. J., Speroni, K. G. , Oh, K. M., DeVoe, M. C. & Jacobsen, K. H. (2014). Preventing transmission of MRSA: A qualitative study of health care workers's attitudes and suggestions. *American Journal of Infection Control*, 42, 405-411;
- Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M & Chiarello, L. (2007). *Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings*. Acedido em 01/02/2015. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf>;
- Silva, A. M., Carvalho, M. J., Canini, S. R. M. S., Cruz, E. D. A. & Gir, E. (2010). Methicillin Resistant Staphylococcus aureus: Knowledge and Factors Related to the nursing Team's Adherence to Preventive Measures. *Rev. Latino. Am. Enfermagem*, 18(3), 346-351;
- Torres, K. & Sampathkumar, P. (2013). Predictors of methicillin-resistant Staphylococcus aureus colonization at hospital admission. *American Journal of Infection Control*, 41, 1043-1047;

- Upshaw-Owens, M. & Bailey, C. A. (2012). Preventing Hospital-Associated Infection: MRSA. *Medsurg Nursing*, 21(2), 77-81;
- Valadas, M. M. B. (2010). *Prevalência de colonização por MRSA no Centro Hospitalar P. Varzim/V. Conde*. (Dissertação de Mestrado). Disponível no RCAAP;
- Veillette, N., Demers, L., Dutil, É. & McCusker, J. (2009) Item analysis of the functional status assessment of seniors in the emergency department. *Disability and Rehabilitation*. 31(7). 565-572.

APÊNDICES

APÊNDICE I:

REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Questão de Investigação: Quais as intervenções de enfermagem na prevenção da infecção por MRSA na Pessoa Idosa?

Bases de Dados: A pesquisa foi realizada em Julho de 2014 na EBSCO e na PUBMED.

Palavras-Chave: *Prevention, Nursing Care, MRSA, Elderly*

Crítérios de Inclusão: *Full text*, População: \geq 65 anos, Língua: Inglês, Espanhol e Português

Resultados: 12 artigos

PUBMED	EBSCO		
	MEDLINE	Cochrane	CINAHL
95	273	67	208
Aplicação dos Critérios de Inclusão			
12	17		
Leitura de Títulos e Resumos			
<u>Estudos Incluídos</u> ↓ 12			
Conceição et al (2006)	Faiclough (2006)	Evailard et al (2006)	Duncan & Dealey (2007)
Morgan, Diekema, Sepkowitz & Psrencevich (2009)	Noble (2009)	Silvaet al (2010)	Moura et al (2011)
Upshaw-Owens & Bailey (2012)	Ridgway et al (2013)	Torres & Sampathkumar (2013)	Seibert et al (2014)

Artigos Incluídos	Título	Objetivos do Estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo	Resultados	Conclusões
1. Conceição et al (2006)	<i>Contamination of Public Buses with MRSA in Lisbon, Portugal: A Possible Transmission Route of Major MRSA Clones within the Community</i>	Realizar testes de contaminação por MRSA nos autocarros na cidade de Lisboa, e nos seus utilizadores, podendo, a fim de estudar a propagação de clones MRSA para a comunidade.	Entre maio de 2011 e maio de 2012 (exceto Agosto) as superfícies de 199 autocarros públicos de Lisboa foram analisadas (corrimões, pegas, botões de paragem, pegas). Foram selecionados também 575 passageiros que frequentemente usavam as linhas de autocarro, analisando as suas mãos e realizando zangaratoa nasal.	As amostras foram colhidas a partir das superfícies do autocarro, onde se previa o contacto com as mãos dos passageiros. Sempre no final do dia, antes da sua limpeza. Foram englobados autocarros de diversas rotas, perto de hospitais ou não. As amostras foram levadas para o laboratório para realização de testes específicos.	Estudo de coorte Retrospectivo	Foi identificada contaminação com MRSA em 72 dos 199 autocarros (36.2%) analisados. Clones nosocomiais de MRSA foram isolados nas mãos de 15 pessoas. Destas, 11 não apresentavam colonização nasal por MRSA.	Os autocarros públicos em Lisboa constituem um reservatório de MRSA, assim como as mãos dos seus passageiros, disseminando-o pela comunidade, principalmente em rotas perto dos hospitais.
2. Faiclogh (2006)	<i>Why tackling MRSA needs a comprehensive approach</i>	Compreender as estratégias a adotar para controlar a propagação de MRSA, defendendo o papel fundamental da equipa de enfermagem.	Não aplicável.	Não aplicável.	Revisão Sistemática da Literatura	Não aplicável.	Defendem uma estratégia combinada e coordenada assente na higienização das mãos, na deteção e isolamento precoce dos casos de colonização de MRSA, na prescrição racional de antibióticos, e na limpeza, medidas capazes de diminuir a mortalidade.

Artigos Incluídos	Título	Objetivos do Estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo	Resultados	Conclusões
3.Evaillar d et al (2006)	<i>Impact of selective screening in the emergency department on meticillin-resistant Staphylococcus aureus control programmes</i>	Avaliar os resultados de um programa de triagem seletivo num serviço de urgência e a adequação das medidas de precauções de contacto implementadas.	O estudo foi realizado no serviço de urgência de um hospital universitário com 600 camas, e com 17 000 hospitalizações por ano. O serviço de urgência divide-se na área de ambulatória e na área de internamento de curta duração. Todas as pessoas provenientes de lares ou instituição de cuidados continuados foram rastreadas. À entrada foram registadas informações acerca do sexo, idade, data triagem, hospitalizações recentes e sua duração.	O estudo teve a duração de 3 anos (2002-2004). Foram consultados prontuários de laboratório dos doentes rastreados.	Estudo Observacional Descritivo	Foram admitidos no SU 63 451 pessoas, das quais 10 072 (15,9%) foram hospitalizados. Destes, 605 foram rastreados, obtendo-se um total de 193 (31,9%) pessoas portadoras de MRSA. A idade dos portadores variou entre 64-101 anos. O número de dias necessários de precauções de contacto para as pessoas rastreadas na admissão foi de 1897. 473 dias (20%) foram identificados como não necessários, por corresponderem a não portadores de MRSA (dias de isolamento de contacto preventivos).	Os autores defendem a implementação de um programa de triagem seletiva de portadores de MRSA, na admissão hospitalar, para diminuir a disseminação pelo Hospital.

Artigos Incluídos	Título	Objetivos do Estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo	Resultados	Conclusões
4.Duncan & Dealey (2007)	<i>Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information</i>	Explorar a opinião dos doentes em pedirem aos profissionais de saúde para lavarem as mãos antes de um procedimento, e acerca de como o acesso à informação sobre o controlo de infeção por MRSA, poderá influenciar a ansiedade em perguntar.	Amostra de conveniência de 185 doentes internados em todos os departamentos do hospital. Inicialmente foram selecionados 244 doentes, 174 não tinham MRSA e 50 tinham MRSA. Contudo 5 participantes foram excluídos, por se encontrarem muito doentes para participar, e 4 recusaram. Dos restantes 185 questionários, apenas 109 (58.9%) foram devolvidos.	Foi aplicado um questionário.	Estudo Randomizado e pesquisa descritiva coorte	Os inquiridos demonstraram-se mais confiantes do que preocupados em participar no estudo. Os pacientes sentiam-se mais ansiosos em pedir aos profissionais de saúde para lavarem as mãos quando lhes era disponibilizada pouca informação acerca de controlo de infeção na admissão hospitalar, assim como nos casos em que o seu nível de conhecimentos de controlo de infeção eram elevados, ou quando havia história de internamentos anteriores com um nível de ansiedade menor. Os doentes com história prévia de MRSA eram menos ansiosos, visto possuírem uma melhor compreensão da doença. Os participantes sentiam-se menos ansiosos em solicitar a lavagem das mãos se os profissionais de saúde usassem um crachá dizendo "É OK para pedir".	É importante envolver e capacitar os clientes, através da transmissão de informações precisas e relevantes. Identificou-se que 74,7% dos clientes inquiridos sentiam falta de informação sobre MRSA e higienização das mãos na admissão hospitalar. Constatou-se que quanto mais conhecimentos os clientes tinham acerca da infeção por MRSA, mais ansiosos se sentiam quando confrontados com a carência de informação de controlo de infeção.

Artigos Incluídos	Título	Objetivos do Estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo	Resultados	Conclusões
5.Morgan, Diekema, Sepkowitz & Psrencevich(2009)	<i>Adverse outcomes associated with contact precautions: A reiew of the literature.</i>	Identificar os resultados adversos associados Às precauções de contacto.	Foram identificados 15 estudos publicados entre 1989 e 2008, relativos a efeitos adversos às precauções de contacto.	Não aplicável	Revisão Sistemática de Literatura	Foram identificados 4 fatores adversos às precauções de contacto: a diminuição do contacto relacional com os clientes; o atraso nas transferências e a ocorrência de eventos adversos (quedas, UPP, distúrbios eletrolíticos); o aumento sentimentos de depressão e ansiedade; e a diminuição da satisfação do cliente.	As precauções de contacto recomendadas para a prevenção e controlo da infeção, comportam consequências não intencionais, que são prejudiciais para os clientes, sendo crucial a tomada de medidas urgentes para as amenizar.
6.Noble (2009)	<i>Patient Education on MRSA Prevention and Management :The Nurse's Vital Role. Nurses as Educators</i>	Compreender o papel da enfermagem na educação do doente e família com MRSA, como parte integrante das medidas de prevenção e controlo da infeção.	Não aplicável.	Não aplicável.	Revisão Sistemática de Literatura	Os clientes com suspeita de colonização por MRSA devem ser colocados em precauções de contacto, em quarto individual ou em coorte, devendo os profissionais utilizar o EPI adequado na prestação de cuidados, bem como material individualizado. Contudo no cuidar, o enfermeiro deve comunicar com a pessoa, explicando-lhe todos os procedimentos e sua justificação, para prevenir a transmissão de MRSA, ajudando-o a gerir a sua situação de doença. O enfermeiro deve de transmitir à pessoa/família informações acerca do modo de transmissão, cuidados a ter e como reconhecer os sinais e sintomas de infeção na comunidade, e como procurar ajuda.	Uma das maiores Preocupações em ambientes de cuidados de saúde na comunidade é a propagação rápida de MRSA. Apesar de ser reconhecida como uma infeção nosocomial, a incidência está a aumentar na comunidade. Os enfermeiros devem educar, informar e capacitar os clientes/famílias sobre as boas práticas para prevenir a infeção e a sua disseminação, envolvendo-os nos cuidados.

Artigos Incluídos	Título	Objetivos do Estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo	Resultados	Conclusões
7.Silva et al (2010)	<i>Methicillin Resistant Staphylococcus aureus: Knowledge and Factors Related to the nursing Team's Adherence to Preventive Measures</i>	Avaliar o conhecimento da equipa de enfermagem, de um hospital público no estado de São Paulo, no Brasil, sobre as medidas de prevenção recomendadas no cuidado à pessoa colonizada com MRSA, e identificar os fatores que influenciam na adesão ou não adesão às mesmas, segundo o modelo crenças em saúde.	318 Profissionais de diferentes serviços da instituição.	Instrumento de colheita de dados, composto por questões abertas, semi-abertas e fechadas. As respostas às perguntas fechadas foram analisadas através da estatística descritiva e as abertas através da análise de conteúdo.	Estudo Descritivo, com análise qualitativa e quantitativa	O conhecimento da equipa de enfermagem assim como a percepção da suscetibilidade ao MRSA foi limitada. Identificou-se os fatores que podem facilitar ou dificultar a adesão dos profissionais às medidas preventivas a adotar no cuidado à pessoa com MRSA, nomeadamente: disponibilidade do EPI, número de profissionais, trabalho em equipa, formação da equipa, identificação precoce de microrganismos, e a existência de informação acerca da necessidade de precauções de contacto.	É importante apostar na formação dos enfermeiros, para que estes compreendam as medidas preventivas a adotar no cuidado à pessoa colonizada ou infetada com MRSA, e na consciencialização do seu importante papel, na prevenção e controlo da infeção.

Artigos Incluídos	Título	Objetivos do Estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo	Resultados	Conclusões
8. Moura et al (2011)	<i>Colonization of Nursing Professionals by Staphylococcus aureus</i>	Investigar a presença de <i>Staphylococcus aureus</i> , e a respectiva suscetibilidade antimicrobiana, na saliva dos profissionais de enfermagem de um hospital público do estado de São Paulo.	351 Profissionais de enfermagem foram estudados. Realizado de janeiro a dezembro de 2007, nos serviços: unidade de terapia intensiva, medicina interna, cirurgia e ginecologia/obstetrícia.	Foram colhidas três amostras de saliva de 351 enfermeiros com um intervalo de dois meses entre cada colheita. Foram realizados no total 1.053 colheitas.	Estudo Epidemiológico Transversal	Do total de 1.053 amostras, a positividade foi 17.7% (186/1053) para <i>Staphylococcus aureus</i> , e 2.5% (26/1053) para o MRSA. A prevalência de profissionais colonizados com <i>Staphylococcus aureus</i> foi de 41% (144/351), dos quais 7.1% (25/351) foram caracterizadas como resistentes à metilina (MRSA). Foram identificados como portadores transitórios 81.2%, e 18.8% como persistentes. Resistência À mupirocina foi de 73.1% de MRSA e 9.3% de MSSA.	Os profissionais de enfermagem são a categoria profissional mais suscetível a MRSA. A duração do tempo de trabalho na instituição não teve forte correlação com a colonização do profissional. Os serviços com maior número de portadores de MRSA foram a neurologia, a unidade de terapia intensiva, a medicina interna e a cirurgia. A investigação dos profissionais de saúde portadores de MRSA é justificada em caso de situações de surto, de forma a prevenir a disseminação de bactérias multirresistentes no ambiente hospitalar, e evitar um problema de saúde pública mundial. As políticas de saúde públicas precisam de reforçar programas específicos de resistência aos antimicrobianos com campanhas nacionais sistemáticas para diminuir a propagação de bactérias resistentes.

Artigos Incluídos	Título	Objetivos do Estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo	Resultados	Conclusões
9.Upshaw-Owens & Bailey (2012)	<i>Preventing Hospital-Associated Infection: MRSA. Medsurg Nursing</i>	Compreender o papel do enfermeiro na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, no que concerne ao MRSA.	Não aplicável.	Não aplicável	Revisão Sistemática de Literatura	<p>A higienização das mãos, as precauções de contacto, a limpeza e desinfeção dos equipamentos, a formação dos profissionais e a educação dos clientes, são medidas cruciais para a prevenção da infeção por MRSA.</p> <p>A identificação, isolamento e tratamento precoce dos casos de colonização/infeção por MRSA, através de uma cultura de vigilância ativa, a par com o uso racional de antibiótico são intervenções cruciais, que exigem um trabalho em equipa multidisciplinar.</p> <p>O desenvolvimento de um sistema de notificação eficaz, de forma a melhorar a comunicação do laboratório com os profissionais de saúde, e outro de alerta que identifique as pessoas com história de colonização/infeção com MRSA logo no momento da readmissão, também se assumem como uma estratégia importante na prevenção da infeção por MRSA.</p>	O enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, ao compreender as estratégias preventivas associadas à prevenção da infeção por MRSA, pode contribuir para diminuir a taxa de mortalidade e os custos dos cuidados de saúde. Para tal, deve fazer cumprir pela equipa, as estratégias de prevenção, como a higienização das mãos e as precauções de contacto.

Artigos Incluídos	Título	Objetivos do Estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo	Resultados	Conclusões
10.Ridgway et al (2013)	<i>Clinical Significance of Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus Colonization on Hospital Admission: One Year Infection Risk</i>	Determinar o risco de infecção por MRSA num prazo de um ano em pessoas internadas com colonização nasal por MRSA.	Foram rastreadas as pessoas com mais de 18 anos de idade que deram entrada em 4 hospitais entre 1/11/2006 e 31/03/2011, compreendendo 195.255 admissões.	Os doentes foram submetidos a colheita de exsudado nasal para pesquisa de MRSA, por meio de PCR, de forma universal na admissão. Se resultado positivo, era realizada exame cultural de confirmação. Foram criados 3 grupos: <i>Polymerase chain reaction</i> (PCR) nasal positiva, confirmado com cultura nasal positiva (grupo 1); PCR nasal positivo, mas com cultura nasal negativa (2º grupo); e PCR nasal negativa (3º grupo).	Estudo de coorte retrospectivo	Os doentes com PCR e cultura nasal positiva para MRSA apresentaram um risco de desenvolverem infecção num prazo de um ano 8%, em comparação com 3% para os doentes do grupo 2, 0.6% para o grupo 3. O risco foi maior para os utentes com história de colonização/infecção por MRSA.	A colonização nasal de MRSA é um factor de risco significativo para infecção de MRSA no futuro.

Artigos Incluídos	Título	Objetivos do Estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo	Resultados	Conclusões
11.Torres & Sampath kumar (2013)	<i>Predictors of methicillin-resistant Staphylococcus aureus colonization at hospital admission</i>	Identificar os principais fatores de risco para colonização por MRSA em situação de internamento.	Para o estudo retrospectivo foram extraídos dados de 496 utentes em Março de 2008. Para validar posteriormente os resultados foi conduzido um estudo prospetivo transversal em Maio e Junho de 2011.	Foi realizada colheita de exsudado no 2º dia de internamento. Os esfregaços foram analisados no laboratório. Foram analisados dados sobre 9 variáveis (fatores de risco): residentes em lar de idosos, transferidos de outro hospital, presença de dispositivos invasivos de longa duração, hemodialisados, uso de antibióticos nos últimos 3 meses, história de imuno comprometimento (HIV/sida, neoplasia, sob drogas imunossupressoras) diabéticos, história de hospitalização no último ano, e portador de feridas crónicas ou infetadas. Para determinar os fatores de risco independentes foi realizada regressão logística multivariada.	Estudo retrospectivo e prospetivo transversal	A prevalência de colonização por MRSA foi de 6.9% (34/496). Apenas 4 fatores de risco foram significativamente associados a colonização por MRSA: pessoas residentes em lar de idosos, diabéticos, história de hospitalização no último ano, e portador de feridas crónicas ou infetadas.	Uma estratégia de triagem baseada em fatores de risco na admissão hospitalar pode ser utilizada para prever a colonização por MRSA. Esta deverá ser combinada com as medidas de precauções básicas e de contacto. A triagem universal só deverá ser realizada em hospitais com taxas de MRSA elevadas.

Artigos Incluídos	Título	Objetivos do Estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo	Resultados	Conclusões
12.Seibert et al (2014)	<i>Preventing transmission of MRSA: A qualitative study of health care workers's attitudes and suggestions.</i>	Identificar os desafios e barreiras para as práticas recomendadas na prevenção da transmissão de MRSA.	Amostra intencional de 26 profissionais de saúde de cuidados agudos (16 enfermeiros, 1 médico, 6 profissionais de saúde auxiliares, e 3 funcionários de apoio) selecionados a partir de 276 que responderam a um questionário sobre MRSA.	Entrevistas semi-estruturadas, acerca de como a infeção por MRSA afeta os profissionais de saúde, prevenção da transmissão, e no que concerne às barreiras e desafios que sentem quando entram numa sala de isolamento, e face à apropriada higienização das mãos.	Estudo qualitativo	A maioria dos profissionais relataram sentir-se responsáveis pela prevenção da transmissão da infeção, e ter o conhecimento e o desejo de o fazer. Foram relatadas como barreiras à higienização das mãos e ao uso de precauções de contacto: demandas dos doentes; equipamento disponível e questões ambientais, como a disponibilidades de pias; a pressão do tempo; as práticas de outros profissionais; e a necessidade da presença de sinais adicionais que indiquem que os doentes requerem precauções de contacto.	Realçam a importância do envolvimento, da comunicação e da formação contínua de toda a equipa multidisciplinar na prevenção da infeção por MRSA, e da existência de protocolos de atuação claros e de um sistema de notificação dos casos adequado.

APÊNDICE II:
CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

1º Objetivo Geral:

Desenvolver competências como enfermeira especialista na promoção do cuidado de SI à pessoa idosa hospitalizada, nomeadamente com MRSA, utilizando a parceria como intervenção de enfermagem.

[illegible]

2º Objetivo Geral:

Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar do SU e da UCC na prevenção e controlo da transmissão da infeção por MRSA.

[illegible]

APÊNDICE III:

RESUMO E REFLEXÃO DAS PRINCIPAIS APRENDIZAGENS REALIZADAS NO
ESTÁGIO EM 3 GRUPOS DE COORDENAÇÃO LOCAL – PROGRAMA E PREVENÇÃO
E CONTROLO DE INFEÇÕES E RESISTÊNCIAS ANTIMICROBIANAS
(GCL-PPCIRA)

**RESUMO E REFLEXÃO DAS PRINCIPAIS APRENDIZAGENS REALIZADAS NO
ESTÁGIO EM 3 GRUPOS DE COORDENAÇÃO LOCAL – PROGRAMA DE
PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E RESISTÊNCIAS
ANTIMICROBIANAS (GCL-PPCIRA)**

No decurso do estágio, inserido no curso de mestrado e especialização em enfermagem médico-cirúrgica – vertente pessoa idosa, tive oportunidade de passar por 3 GCL-PPCIRA, de dois hospitais distritais e de um hospital central.

Estes estágios permitiram compreender o funcionamento e a composição dos GCL-PPCIRA, bem como as atividades desenvolvidas, tais como: elaborar planos de ação de acordo com o plano operacional de prevenção e controlo de infeção nacional; implementar políticas e procedimentos de prevenção e controlo da infeção, monitorizando-as através de auditorias periódicas; conduzir a vigilância epidemiológica (VE); investigar, controlar e notificar surtos de infeção; monitorizar os riscos de infeção associados a novas tecnologias, dispositivos, produtos e procedimentos; colaborar com o serviço de gestão de aprovisionamento e logística; participar no planeamento e acompanhamento da execução de obras; avaliar o risco biológico em cada serviço em articulação com o serviço de higiene, segurança e saúde no trabalho e com a comissão de gestão do risco; desenvolver programas de formação e campanhas; e participar e apoiar os programas de investigação relacionados com as IACS.

Assim, os GCL-PPCIRA têm como principal objetivo implementar ações necessárias para identificar e reduzir o risco de transmissão de infeções entre doentes, profissionais e visitantes, diminuindo as taxas de infeção hospitalar ou mantendo-as a um nível aceitável.

Face ao exposto o enfermeiro no GCL-PPCIRA assume um papel preponderante, assegurando a gestão diária das atividades inerentes à implementação de todas as ações acima expressas, tendo como áreas de intervenção: a VE; as normas de boas práticas e sua avaliação; e a formação e informação. Contudo apesar das mesmas funções, cada GCL-PPCIRA trabalha de forma diferente, priorizando áreas de intervenção mediante as necessidades de cada instituição e de cada serviço.

No decurso destes estágios desenvolvi competências específicas no âmbito do controlo de infeção, tendo sido integrada nos programas de VE, auditorias, consultadoria e apoio, concursos, formações, normas e boas práticas, reuniões multidisciplinares, planos de contingência locais, campanha das mãos e restantes precauções básicas.

O envolvimento de toda a equipa do GCL-PPCIRA nos diferentes projetos a implementar, fomentando tomadas de decisão partilhadas e responsáveis assume-se como crucial para o sucesso de qualquer estratégia de combate contra as IACS. A parceria com a farmácia e com as chefias dos diferentes serviços é essencial para uma política eficaz de controlo da infeção, bem como uma atitude de proximidade com os enfermeiros dos serviços, discutindo as situações clínicas que surjam. A formação do corpo do voluntariado é também crucial, pois estes tem contacto direto com os doentes, sendo fundamental apostar na sua qualificação, promovendo momentos de debate e reflexão.

Num dos locais de estágio é dada uma grande importância ao acolhimento dos novos elementos, sendo-lhes entregue um manual e ministrado uma ação de formação englobando os seguintes conteúdos: principais IACS, higienização das mãos, as precauções básicas de controlo da infeção (PBCI), uso das luvas, importância do laboratório de microbiologia, VE, arrumação do material esterilizado, limpeza e desinfeção unidades, circuito e manuseamento da roupa, despejo dos sacos coletores e triagem de resíduos com visita ao ecocentro.

Pude num dos locais de estágio ser integrada na campanha das mãos, realizando observações, através do preenchimento do formulário da direção geral de saúde (DGS), introduzindo posteriormente os dados na sua plataforma. Esta tarefa foi inovadora para mim, pois nunca o tinha realizado, permitindo compreender como os enfermeiros integram os 5 momentos da higienização das mãos, concluindo que os momentos após o doente são aqueles que são mais descuidados, e que por vezes continuam a realizar a lavagem das mãos, quando poderiam fazer apenas a higienização com solução alcoólica. Assisti também num dos serviços de internamento a uma ação de formação onde se apresentou os dados da campanha das mãos à equipa de enfermagem e médica, tendo sido um momento interessante de reflexão e aprendizagem em equipa.

Tive também a oportunidade de aprender a construir grelhas de auditoria, tendo em consideração o que é importante para o doente, e colaborar n sua

implementação, nomeadamente no serviço de gastro exames, o que foi muito aliciante.

Particpei em algumas reuniões com os chefes de serviço e com os elos de ligação dos mesmos, com vista à discussão das normas e procedimentos internos, para assegurar que são exequíveis para quem presta cuidados diretos aos doentes.

Outra das aprendizagens realizadas foi ao nível da limpeza e desinfeção de superfícies, adquirindo conhecimentos em relação às áreas críticas e não críticas, bem como aos detergentes a utilizar, suas designações e especificidades. Este conhecimento deve ser transversal a todos os enfermeiros pois delegar esta função às assistentes operacionais sem o domínio concreto dos procedimentos comporta riscos elevados para os doentes, propiciando o incremento de IACS.

Foi abordada também a importância da existência de um médico que vigie, valide e emita regras e protocolos para a prescrição de antimicrobianos com base na epidemiologia local, guiando a antibioterapia profilática e dinamizando reuniões médicas frequentes, assumindo a função de *antimicrobial stewardship*. Esta função ainda não existe no hospital distrital onde trabalho, mas seria uma mais-valia a considerar.

Em dois dos GCL-PCIRA encontrava-se a decorrer reuniões e a elaboração de planos de contingência para o vírus Ébola, tendo assistido à seleção do equipamento de proteção individual e ajudado nas sessões formativas, servindo de modelo, tendo mesmo realizado um vídeo a publicar numa das instituições.

A vigilância epidemiológica faz parte do trabalho diário dos GCL-PPCIRA, contudo o sistema informático não é transversal a todos eles, existindo um que não emite alertas da microbiologia, não promovendo intervenções rápidas e integradas.

A prevenção da infeção por MRSA assume diferentes estratégias de atuação nos 3 GCL-PPCIRA. Num existe um protocolo de atuação quando o doente admitido é oriundo de outra instituição hospitalar ou lar, desencadeando uma serie de procedimentos, aplicáveis para todos os microrganismos alerta, passando pela realização de zaragatoas, e por vezes de hemoculturas e urocultura. Noutro, é seguido um protocolo de vigilância ativa para MRSA, ativado mediante a presença de determinados fatores de risco. Todavia, o GCL-PPCIRA do hospital central, pelo contrário, não dispõe de nenhum protocolo, mediante a sobrecarga de trabalho que exigiria para o laboratório e para o serviço de urgência (SU), além da impossibilidade

de isolar todos os casos suspeitos, considerando ser de maior importância postar nas PBCI e suas auditorias, promovendo práticas seguras.

Contudo, devido à emissão da norma nº018/2014 da DGS, acerca da Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA), o GCL-PPCIRA tem-se vindo a reunir e discutir a aplicabilidade da mesma, na tentativa de delinear uma estratégia de atuação. Concluiu-se que seria interessante realizar um diagnóstico de situação no SU de forma a perceber a percentagem de pessoas admitidas que reuniam os critérios para realização do rastreio, apresentando posteriormente esses dados ao laboratório e à direção clínica.

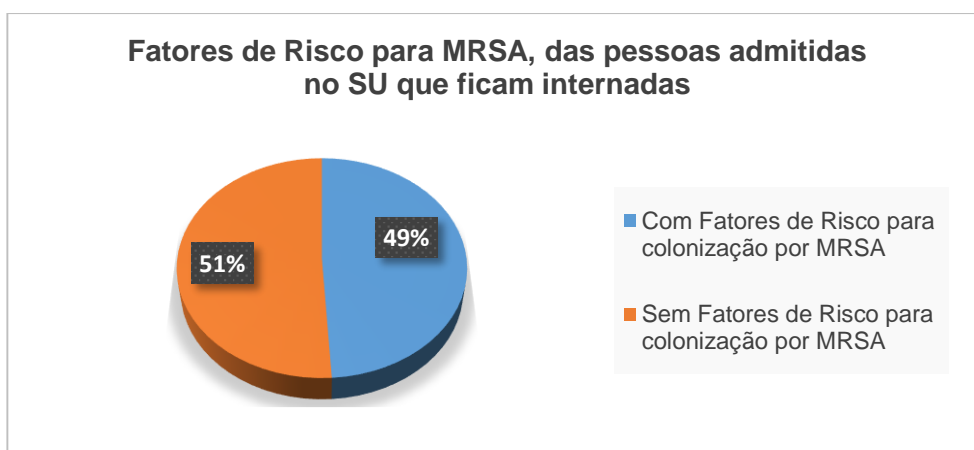
De forma a responder à necessidade identificada, estagiei durante 12h (12h-24h) no SU, para recolher os dados solicitados. Para tal foi construída uma grelha com base nos fatores de risco presentes na norma da DGS, para simplificar o seu preenchimento e a análise dos dados, encontrando-esquematizada em baixo, na tabela 1.

Tabela1. Grelha de análise dos fatores de risco presentes nas pessoas admitidas no SU alvo de internamento

		Fatores de Risco MRSA					
Doentes Internados (NSC)	Idade	A Residente em Instituições/ Lar	B Interna. /ABT últimos 6M	C IRC sob HD	D Feridas/ Dispositivos invasivos	E Transf. Inter hospitalar (estadia>48h)	F História de colonização MRSA
1.							
2. (...)							

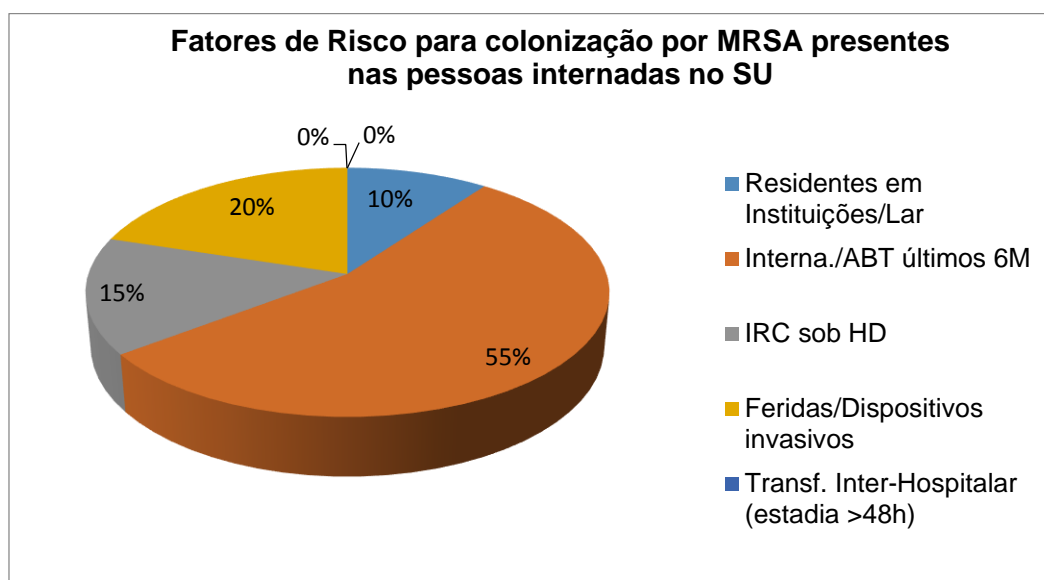
Nas 12h de estágio foram internadas 35 pessoas, das quais 17 (49%) apresentavam fatores de risco para colonização por MRSA, com critérios de rastreio, e 18 (51%) não apresentavam fatores de risco para rastreio. Estes resultados estão esquematizados no gráfico abaixo indicado:

Gráfico1. Fatores de Risco para MRSA, das pessoas admitidas no SU de um hospital central que ficam internadas em 12h



Dos casos com critérios para rastreio de colonização por MRSA, os fatores de risco mais frequentes foram pessoas idosas residentes em lar ou em instituições de cuidados continuados e os com história de internamento ou sob regime de antibioterapia nos últimos 6 meses, corroborando os resultados obtidos no SU do hospital distrital onde decorreu este projeto. A média de idades dos casos com presença de fatores de risco para MRSA foi de 73 anos. Estes dados encontram-se apresentados no gráfico 2.

Gráfico 2. Fatores de Risco para colonização por MRSA presentes nas pessoas internadas no SU de um hospital central em 12h.



Após a divulgação destes resultados, o início de um programa de vigilância ativa de MRSA no SU tornou-se aceitável e uma futura realidade, encontrando-se em elaboração pelo GCL-PPCIRA o procedimento que irá regulamentar a prática da equipa de enfermagem do SU.

A participação neste diagnóstico de situação foi uma experiência muito enriquecedora para mim, permitindo contatar com a realidade de outro SU, conhecendo as suas particularidades e os fatores de risco para MRSA presentes na população que a este recorre. Apesar de terem sido apenas 12 horas de permanência no SU, consegui despertar os colegas para esta problemática, consciencializando-os do seu papel e esclarecendo questões e inseguranças da equipa, com base numa partilha de conhecimentos e experiências muito gratificante.

APÊNDICE IV:

COMUNICAÇÃO LIVRE

A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO-
RESISTENTE NA PESSOA IDOSA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: INTERVENÇÃO DE
ENFERMAGEM - 2ª JORNADAS DE ENFERMAGEM DO CENTRO HOSPITALAR DE
SETÚBAL EPE - *UM OLHAR REFLEXIVO SOBRE O (IN)VISÍVEL: INTERVENÇÃO
PARTILHADA DE ENFERMAGEM*

RESUMO COMUNICAÇÃO LIVRE

Título: A Prevenção da Infecção por *Staphylococcus aureus* Meticilino-Resistente na Pessoa Idosa: intervenção de enfermagem.

Introdução

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) constituem um desafio à segurança dos clientes e qualidade dos cuidados, e são causa de morbilidade e mortalidade nos idosos. Estes apresentam uma elevada taxa de IACS e de consumo de antimicrobianos, com implicações económicas e sociais^{1,2,3}.

O MRSA é uma importante causa de IACS em todo o mundo e nos idosos, constituindo um grave problema de saúde pública. Portugal apresenta uma taxa de incidência de MRSA de 53.8%, uma das mais elevadas da Europa⁴. A DGS, em 2013, criou um programa de saúde prioritário visando a diminuição da bacteriemia por MRSA, tornando-se imperativo a adoção de medidas de prevenção e controlo⁵.

Objetivos

Descrever as intervenções de enfermagem na prevenção da infeção por *Staphylococcus aureus* Meticilino-Resistente (MRSA) na pessoa idosa.

Metodologia

Revisão sistemática da literatura, realizada em Julho de 2014, incluindo estudos em texto integral, de 2006-2014 nas bases de dados *Medline*, *Cochrane* e *Pubmed*, com base na questão PICO: “Quais as Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Infecção por MRSA na Pessoa Idosa?”. Palavras-chaves: *Elderly Prevention*, MRSA, *Nursing Care*.

Resultados

As intervenções de enfermagem na prevenção da infeção por MRSA incluem: adoção de programas de rastreio na admissão hospitalar; com base em fatores de risco, para identificação e tratamento precoce dos portadores; higienização das mãos; uso de precauções de barreira (luvas, bata e avental); desinfeção dos equipamentos e superfícies; isolamento de contacto; formação dos profissionais e clientes/famílias;

promoção de uma prescrição racional de antibióticos; e implementação de sistema de notificação laboratorial^{6,7,8,9}.

Conclusão

O enfermeiro na equipa multidisciplinar deve ter uma atitude proactiva de prevenção da infeção por MRSA. Os estudos apontam que estas medidas proporcionam ganhos em saúde e qualidade de vida para os idosos/família, contribuindo para a sua segurança, prevenindo complicações e minimizando custos económicos e sociais^{10,11}.

Bibliografia

1. Direção Geral de Saúde (2013a). *Portugal – Controlo da Infeção e Resistências aos Antimicrobianos em números – 2013 Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Acedido em 01/07/2014. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2013.aspx>;
2. Direção Geral de Saúde (2013b). *Prevalência de Infeção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses*. Acedido em 01/07/2013. Disponível em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCkQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdocumentos-e-publicacoes%2Finquerito-de-prevalencia-de-infecao-adquirida-no-hospital-e-uso-de-antimicrobianos-nos-hospitais-portugueses-inquerito-2012-jpg.aspx&ei=LFPOU4_zH6LH0QXNx0DICA&usg=AFQjCNHcKmCk4NPOwUcowCqHput160K2kQ&sig2=ro9rh0JONok3yTCI2YMCIQ;
3. European Centre for Disease Prevention and Control (2013a). *Annual epidemiological report: Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data 2013*. Acedido em 01/07/2014. Disponível em <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/annual-epidemiological-report-2013.pdf>;
4. European Centre for Disease Prevention and Control (2013b). *Antimicrobial resistance surveillance in Europe Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net) 2012*. Acedido em 01/07/2014. Disponível em

<http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-surveillance-europe-2012.pdf>;

5. Direção Geral de Saúde (2013c). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos Orientações Programáticas* Acedido em 01/07/2014. Disponível em <https://www.google.pt/#q=Programa+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+e+Controlo+de+Infe%C3%A7%C3%B5es+e+Resist%C3%Aancias+aos+Antimicrobianos>;
6. Eveillard, M., Leroy, C., Teissiere, F., Lancien, E., Branger, C., Lassence, A.... O'Brun, P. (2006). Impact of selective screening in the emergency department on methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* control programmes. *Journal of Hospital Infection*, 63, 380-384;
7. Upshaw-Owens, M. & Bailey, C. A. (2012). Preventing Hospital-Associated Infection: MRSA. *Medsurg Nursing*, 21(2), 77-81.
8. Torres, K. & Sampathkumar, P. (2013). Predictors of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* colonization at hospital admission. *American Journal of Infection Control*, 41, 1043-1047;
9. Fairclough, S. J. (2006). Why tackling MRSA needs a comprehensive approach. *British Journal of Nursing*, 15(2), 72-75;
10. Silva, A. M., Carvalho, M. J., Canini, S. R. M. S., Cruz, E. D. A. & Gir, E. (2010). Methicillin Resistant *Staphylococcus aureus*: Knowledge and Factors Related to the nursing Team's Adherence to Preventive Measures. *Rev. Latino.Am. Enfermagem*, 18(3), 346-351;
11. Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência.

APRESENTAÇÃO COMUNICAÇÃO LIVRE

A Prevenção da Infecção por *Staphylococcus Aureus* Meticilino-Resistente na Pessoa Idosa

Intervenção de Enfermagem

Verônica Florêncio
 Estudante Mestrado e Especialização em Enfermagem
 Médico-Cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa na ESEL
 Enfermeira no SUG do CHS

Orientação: Idalina Gomes – Prof.ª Dr.ª ESEL

27 de Novembro 2014

Índice

1. Problemática/Justificação do Estudo
2. Metodologia
3. Resultados
4. Discussão dos Resultados
5. Projeto Serviço Urgência Geral

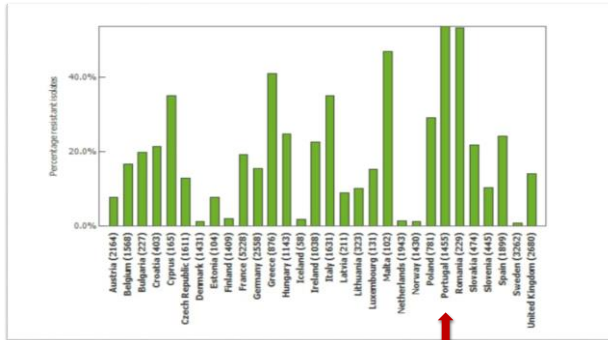
A Prevenção da Infecção por Staphylococcus Aureus metilino-resistente (MRSA) na Pessoa Idosa: A Parceria como Intervenção de Enfermagem

Introdução

- As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) constituem um desafio à segurança dos clientes e qualidade dos cuidados, e são causa de morbilidade e mortalidade nos idosos.
- Os idosos apresentam uma taxa de 13,8% de IACS e de 56,6% de consumo de antimicrobianos, com fortes implicações económicas e sociais (DGS, 2013a; DGS, 2013b; ECDC, 2013a).
- O MRSA é uma importante causa de IACS em todo o mundo e nos idosos, constituindo um grave problema de saúde pública (ECDC, 2013b).

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
DGS – Direção Geral de Saúde
MRSA - *Staphylococcus Aureus* metilino-resistente
ECDC – European Centren for Disease Prevention and Control

1. Problemática/Justificação do Estudo



Portugal

É um dos 8 países num total de 28 estudados com uma taxa de MRSA superior a 25% (ECDC, 2013)

MRSA - *Staphylococcus Aureus* metilino-resistente
ECDC – European Centren for Disease Prevention and Control

1. Problemática/Justificação do Estudo

DGS 2013

Programa de Saúde Prioritário

Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos.

Problemática da PESSOA IDOSA

Grupos Etários	Distribuição Etária	Prevalência de casos de IH e uso de AM			
		Infecção Hospitalar		Uso de Antimicrobianos	
		n	%	n	%
≤ 1 ano	5,3%	52	5,4%	192	19,9%
1-4 anos	1,1%	8	4,0%	107	53,5%
5-14 anos	1,5%	11	4,0%	135	49,6%
15-24 anos	3,2%	34	5,8%	214	36,8%
25-34 anos	5,9%	48	4,5%	370	34,5%
35-44 anos	7,8%	86	6,1%	575	40,5%
45-54 anos	10,1%	174	9,5%	815	44,3%
55-64 anos	13,6%	293	11,8%	1102	44,5%
65-74 anos	18,3%	420	12,8%	1564	47,0%
75-84 anos	22,8%	531	12,8%	2083	50,2%
85 ou > anos	10,3%	258	13,8%	1060	56,6%
Total		18199	1926	8244	45,4%

*n=102 hospitais; não inclui o hospital que fez a versão light
Fonte: "Prevalência de Infecção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses", Inquérito 2012, Direção-Geral de Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde
Disponível em www.dgs.pt

DGS – Direção Geral de Saúde
IH – Infecção Hospitalar
AM - Antimicrobianos

1. Problemática/Justificação do Estudo

2013

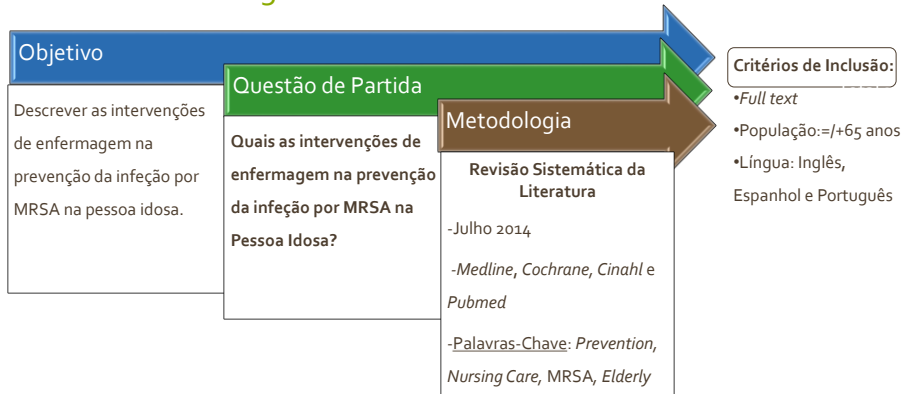
- Portugal apresenta uma taxa de incidência de MRSA de 53,8%, uma das mais elevadas da Europa. (ECDC, 2013b)

2014

- A Fundação Calouste Gulbenkian emitiu um relatório onde traça como desafio urgente em saúde:
- Diminuir ½ infeções hospitalares, poupando 280 milhões de euros cada ano, segundo estimativas do Ministérios da Saúde. (Crisp et al, 2014)

MRSA - *Staphylococcus Aureus* metilino-resistente
ECDC – European Centren for Disease Prevention and Control

2. Metodologia



MRSA - *Staphylococcus Aureus* metilino-resistente

2. Metodologia



PUBMED		EBSCO		
		MEDLINE	Cochrane	CINAHL
95		273	67	208
Aplicação Critérios de Inclusão				
12			17	
Leitura de Títulos e Resumos				
Estudos Incluídos				
12 Artigos				
Conceição et al (2006)	Faiclough (2006)	Evailard et al (2006)	Duncan & Dealey (2007)	Morgan, Diekema, Sepkowitz & Psrencevich (2009)
Noble (2009)	Silva et al (2010)	Moura et al (2011)	Upshaw-Owens & Bailey (2012)	Ridgway et al (2013)
Torres & Sampathkumar (2013)	Seibert et al (2014)			

3. Resultados



Seibert et al, 2014; Noble, 2009; Conceição et al, 2006; Duncan & Dealey, 2007; Evailard et al, 2006; Faiclough, 2006; Morgan, Diekema, Sepkowitz & Psrencevich, 2009; Moura et al, 2011; Noble, 2009; Ridgway et al, 2013; Seibert et al, 2014; Silva et al, 2010; Torres & Sampathkumar, 2013; Upshaw-Owens & Bailey, 2012)

ABT- Antibioterapia

EPI – Equipamento de Proteção Individual

4. Discussão dos Resultados

É importante a adoção de uma **vigilância ativa** no Serviço de Urgência, de modo a identificar precocemente os portadores, através de um rastreio hospitalar.

(Eveillard et al, 2006)

Os programas de rastreio e o tratamento de descolonização precoce deverão fazer parte de uma **estratégia multifacetada**, a par com **medidas de prevenção básicas e de contato**, para garantir a sua eficácia.

(Upshave-Owens & Bailey, 2012)

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO POR MRSA NA PESSOA IDOSA

Há evidência científica que a colonização por MRSA está associada a subsequente infeção (Ridgway et al (2013).

O **rastreio** baseado em **fatores de risco** pode ser utilizado para diagnosticar colonização por MRSA na admissão, prevenindo a disseminação do microorganismo.

(Torres & Sampathkumar, 2013)

É importante **informar os doentes**, promovendo o seu *empowerment* e capacitação.

(Duncan & Dealey, 2007)

De forma a prevenir **eventos adversos** não infecciosos, como a ansiedade e depressão.

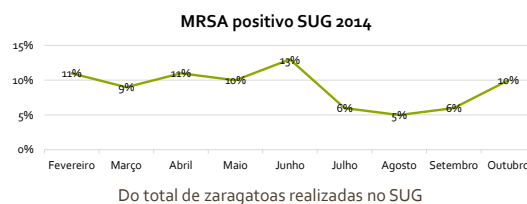
(Morgan et al, 2009)

5. Projeto Serviço Urgência Geral

A Prevenção da Infecção por MRSA na Pessoa Idosa: A Parceria como Intervenção de Enfermagem

Objetivos:

1. Desenvolver competências como enfermeira especialista na promoção do cuidado de Si à pessoa idosa hospitalizada com MRSA, utilizando a parceria como intervenção de enfermagem.
2. Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar na prevenção e controlo da transmissão da infeção por MRSA na pessoa idosa hospitalizada.



MRSA - *Staphylococcus Aureus* metilino-resistente

5. Projeto Serviço Urgência Geral

A Prevenção da Infecção por MRSA na Pessoa Idosa: A Parceria como Intervenção de Enfermagem

No Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal:

- Aumento da vulnerabilidade da pessoa idosa associado ao seu processo de doença;
- Existência de pessoas colonizadas com MRSA;
- Elevada ansiedade e insegurança da pessoa idosa e sua família face ao diagnóstico de colonização/infeção por MRSA e ao isolamento de contato necessário.

MRSA - *Staphylococcus Aureus* metilino-resistente

Conclusão

- A prevenção e controlo da infeção por MRSA domina as preocupações em saúde na atualidade, sendo crucial a adoção urgente de medidas de intervenção.
- O enfermeiro na equipa multidisciplinar deve ter uma atitude proactiva de prevenção da infeção por MRSA (Silva et al, 2010).
- Os estudos apontam que estas medidas proporcionam ganhos em saúde e qualidade de vida para os idosos/família, contribuindo para a sua segurança, prevenindo complicações e minimizando custos económicos e sociais

Referências Bibliográficas

- Conceição, T., Diamantino, F., Coelho, C., Lencastre H., & Aires-de-Sousa, M. (2013). Contamination of Public Buses with MRSA in Lisbon, Portugal: A Possible Transmission Route of Major MRSA Clones within the Community. *Plos One*, 8(11), 1-6;
- Crisp, L. N., Berwick, D., Kickbusch, I., Bos, W., Antunes, J. L., Barros, P. P. & Soares, J. (2014). Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Acedido em 10/09/2014. Disponível em http://www.gulbenkian.pt/mediaRep/gulbenkian/files/institucional/FTP_files/pdfs/FuturodaSaude2014/RelatorioFuturodaSaudePT2014/index.html#/2/;
- DGS (2013a). *Portugal – Controlo da Infeção e Resistências aos Antimicrobianos em números – 2013 Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Acedido em 01/07/2014. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2013.aspx>;

Referências Bibliográficas

- DGS (2013b). *Prevalência de Infeção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses*. Acedido em 01/07/2013. Disponível em [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=oCCKQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdocumentos-e-publicacoes%2Finquerito-de-prevalencia-de-infecao-adquirida-no-hospital-e-uso-de-antimicrobianos-nos-hospitais-portugueses-inquerito-2012-jpg.aspx&ei=LFPOU4_zH6LHoQXNxoDICA&usq=AFQjCNHcKMcK4NPowUcowCqHput16oK2kQ&sig2=rogrhoJONok3yTCI2YMCIO](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=oCCKQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdocumentos-e-publicacoes%2Finquerito-de-prevalencia-de-infecao-adquirida-no-hospital-e-uso-de-antimicrobianos-nos-hospitais-portugueses-inquerito-2012-jpg.aspx&ei=LFPOU4_zH6LHoQXNxoDICA&usq=AFQjCNHcKMcK4NPowUcowCqHput16oK2kQ&sig2=rogrhoJONok3yTCI2YMCIO;);
- DGS (2013c). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos Orientações Programáticas* Acedido em 01/07/2014. Disponível em [https://www.google.pt/#q=Programa+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+e+Controlo+de+Infe%C3%A7%C3%B5es+e+Resist%C3%A2ncias+aos+Antimicrobianos](https://www.google.pt/#q=Programa+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+e+Controlo+de+Infe%C3%A7%C3%B5es+e+Resist%C3%A2ncias+aos+Antimicrobianos;);

Um olhar reflexivo sobre o (in)visível
Intervenção partilhada de enfermagem

Certifica-se que **Verónica Florêncio**, participou no concurso de Comunicações Livres, que decorreu nas 2^{as} Jornadas de Enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE - "Um olhar reflexivo sobre o (in)visível | Intervenção partilhada de enfermagem", com a Comunicação Livre subordinada ao tema "**A Prevenção da Infecção por Staphylococcus Aureus Meticillino-Resistente na Pessoa Idosa**", classificado com o **2º Prémio**.

Setúbal, 28 de novembro de 2014

A Comissão Organizadora
JORNADAS DE ENFERMAGEM
Centro Hospitalar de Setúbal
R. Camilo Castelo Branco,
2910-497 SETÚBAL

27 | 28 ²⁰¹⁴
novembro

APÊNDICE V:

POSTER

IMPLICAÇÕES DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA: AVALIAR PARA
PREVENIR - IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE GERONTOLOGIA E GERIATRIA:

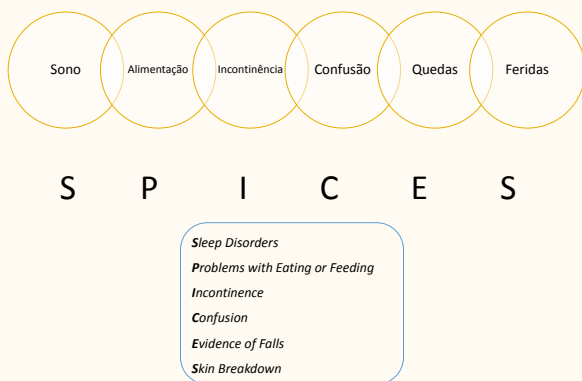
ENVELHECIMENTO ATIVO, SAUDÁVEL E POSITIVO

IMPLICAÇÕES DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA

AVALIAR PARA PREVENIR



1. Estudantes do 5º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
2. Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



Introdução

O aumento da esperança média de vida constitui um aspeto positivo, mas representa também um desafio para os profissionais de saúde na medida em que os idosos, podem estar mais vulneráveis ao aparecimento de doenças crónicas¹, levando à institucionalização em hospital ou lar. Esta pode causar vivências stressantes contribuir para o aparecimento de complicações que afetam o estado funcional da pessoa idosa². As complicações são motivo do aumento dos custos com a saúde e duração dos internamentos e sofrimento da pessoa idosa³. Assim impõe-se que os enfermeiros especialistas promovam a deteção precoce das mesmas, através da aplicação de instrumentos de forma a planificar intervenções preventivas e terapêuticas⁴.

1. Objetivos

- Identificar as complicações decorrentes da institucionalização da Pessoa Idosa (PI) em contexto Hospitalar em Serviço de Urgência (SU) médico-cirúrgico e em contexto de lar no distrito de Setúbal.
- Enumerar as complicações mais frequentes decorrentes da institucionalização da PI em contexto de SU e em contexto de lar, utilizando a escala Fulmer "SPICES".
- Analisar as intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em saúde da PI para prevenção e controlo destas complicações.

2. Metodologia

Este trabalho foi desenvolvido em duas fases:

1ª fase: Revisão narrativa da literatura com base na questão: "Quais as principais complicações decorrentes da institucionalização da PI?" e nas seguintes palavras-chave: *hospitalization, nursing home, elderly/aged, aftereffects*, com síntese e análise dos principais resultados;

2ª fase: Trabalho de campo no SU e em contexto de lar, com recurso à escala de Fulmer "SPICES" para identificação das complicações mais frequentes nestes dois contextos. Colheita realizada numa amostra os 19 utentes internados em Serviço de Observação no SUG e nos 35 residentes do Lar todos com idades superiores aos 65 anos.

3. Resultados

A literatura mostra que as principais complicações decorrentes da institucionalização são: os problemas relacionados com o sono, alimentação, incontinência, confusão, quedas e feridas.

Em contexto de lar identificaram-se 20 residentes com problemas de incontinência e 15 com problemas relacionados com o sono;

No SU verifica-se que as principais complicações na PI são a incontinência e a alimentação com 16 e 12 casos respetivamente como indicam os gráficos.

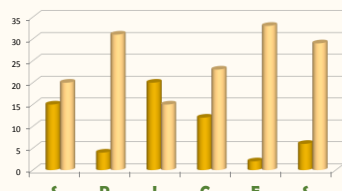


Gráfico 1: Resultado aplicação Fulmer "SPICES" em contexto de lar.

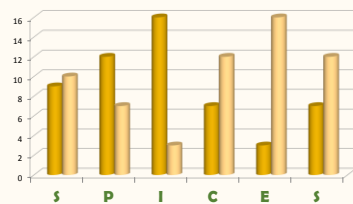


Gráfico 2: Resultado aplicação Fulmer "SPICES" em contexto hospitalar.

4. Discussão de Resultados

Estes resultados corroboram outros trabalhos que apontam a incontinência urinária como uma das principais complicações decorrentes da institucionalização, estando associada a uma baixa auto-estima^{3,4}, a par das alterações do sono que interferem com a capacidade de raciocínio e memória, tendo consequências emocionais e no humor. Estas complicações afetam significativamente a qualidade de vida da PI. A alimentação é também apontada como uma complicação frequente da PI e que pode levar ao aparecimento de patologias ou evitando o seu agravamento⁵.

Conclusão

Face aos resultados encontrados, que apontam como complicações mais frequentes na PI institucionalizada os problemas relacionados com o sono, alimentação, incontinência, confusão, quedas e feridas, constatámos que são áreas de cuidados sensíveis aos cuidados de enfermagem, pelo que o enfermeiro especialista na saúde da PI tem um papel preponderante na sua identificação precoce e no desenvolvimento de uma prática de enfermagem avançada em parceria com a PI que permita, desde a admissão conhecer os hábitos e estilos de vida PI para em conjunto com esta e família possa estabelecer um plano de cuidados personalizado que promova o conforto, o sono, um ambiente seguro que previna quedas, úlceras de pressão, a antecipação da micção, que pode reduzir a algáliação e a implementação de um plano alimentar e ingestão hídrica que promova um bom estado nutricional⁶. Estas intervenções de enfermagem trazem ganhos para a saúde da pessoa idosa pois permitem a manutenção ou a promoção da capacidade funcional da pessoa idosa no sentido de que ela continue a desenvolver o seu projeto de vida^{6,7}.

Referências Bibliográficas

- OMS (2007). Global Report on Falls Prevention in Older Age. Acedido em 01-04-2014. Disponível em http://www.who.int/ageing/publications/falls_prevention7March.pdf.
- Fulmer, T. (2007). How to try this - Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 107(10), 40-48. Acedido em 01-04-2014. Disponível em <http://nursingconnection.com/files/public/modules/1187>.
- Teunissen, D., Bosch, W.D., Weel, C.V. & Lagro-Janssen, T. (2006). It can always happen: The impact of urinary incontinence on elderly men and women. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24, 166-173. Acedido em 01-04-2014. Disponível em <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/02613430600739371>.
- Angalathan, M. & Gibson, S.J. (2008). Geriatric syndromes as predictors of adverse outcomes of hospitalization. *Internal Medicine Journal*, 38, 16-23. Acedido em 2014/04/01. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1445-5994.2007.01398.x/pdf>.
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2012). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Gomes, I. G. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa - Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência;
- Chan, H. Y.L. & Pang, S. M.C. (2010). Let me talk - an advance care planning programme for frail nursing home residents. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3073-3084. Acedido em 01-04-2014. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=23&sid=a2c9bde-2250-4750-be5e-40ac8676725%40sessionmgr4005&hid=4117>.

APÊNDICE VI:

POSTER

*A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO-
RESISTENTE NA PESSOA IDOSA NA COMUNIDADE: O MODELO DE PARCERIA
COMO SUPORTE DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM*

3º ENCONTRO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA

RESUMO POSTER

TÍTULO: A prevenção da infeção por *Staphylococcus aureus* Metilino-Resistente (MRSA) na pessoa idosa na comunidade: O modelo de parceria como suporte da intervenção de enfermagem

Introdução

O MRSA é uma importante causa de infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) em todo o mundo, constituindo um grave problema de saúde pública. Os idosos são a faixa etária com a mais elevada taxa de IACS (13,8%) e de consumo de antimicrobianos (56,6%), com fortes implicações económico-sociais e elevada morbimortalidade^{1,2,3}. Portugal apresenta uma taxa de incidência de MRSA de 53,8%, uma das mais elevadas da Europa⁴. A DGS defende que uma atuação bem planeada e estruturada, dinamizada por profissionais especializados, conseguirá evitar, pelo menos, 1/3 das infeções⁵.

Em 2013 foi criado um programa de saúde prioritário visando a diminuição da bacteriemia por MRSA, tornando-se imperativo a adoção de medidas de prevenção e controlo. Estas deverão ser assentes em serviços de saúde integrados e baseados na comunidade, onde os cidadãos participem ativamente^{6,7}.

Objetivo

Capacitar o idoso e cuidador familiar na prevenção da infeção por MRSA em contexto domiciliário, tendo a parceria como intervenção de enfermagem.

Metodologia

Estudo de Caso, realizado em contexto de uma equipa de cuidados continuados. O processo de cuidados teve como referencial o modelo de intervenção em parceria, considerando as fases: revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se, e assumir o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do outro⁸.

A recolha de informação foi realizada através da observação participante e da entrevista semi-dirigida, assente num instrumento de recolha baseado na avaliação multidimensional do idoso, sob consentimento informado.

Resultados

A relação de parceria estabelecida com o idoso e seu cuidador familiar permitiu identificar como principal problema, o risco de infeção, manifestado pela colonização por MRSA, história recente de internamento, e presença de úlcera cutânea.

Em parceria foi construída uma relação de confiança, onde através da negociação se traçou como compromissos: higienização das mãos frequente, cumprimento do regime terapêutico, cuidados de higiene diários, não partilha de objetos pessoais, manutenção dos pensos limpos e secos, tratamento a altas temperaturas da roupa pessoal/cama, e informar as unidades de saúde da história de colonização.

Conclusão

O enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental na prevenção da transmissão da infeção por MRSA nos diferentes contextos de cuidados, o que implica um conhecimento multidimensional do idoso/família, de forma a evitar práticas de risco e minimizar custos sociais e económicos¹⁰. A educação da família/ idoso colonizado com MRSA e família é crucial, mas integrada numa relação de parceria que promova o seu *empowerment* e capacitação, para a prevenção da infeção e das complicações associadas^{8,9,11}.

Bibliografia

1. Direção Geral de Saúde (2013a). *Portugal – Controlo da Infeção e Resistências aos Antimicrobianos em números – 2013 Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Acedido em 01/07/2014. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2013.aspx>;
2. Direção Geral de Saúde (2013b). *Prevalência de Infeção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses*. Acedido em 01/07/2013. Disponível em <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCkQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdocumentos-e-publicacoes%2Finquerito-de-prevalencia-de-infecao-adquirida-no-hospital-e-uso-de-antimicrobianos-nos-hospitais-portugueses-inquerito-2012->

jpg.aspx&ei=LFPOU4_zH6LH0QXNxoDICA&usg=AFQjCNHcKmCk4NPOwUcow
CqHput160K2kQ&sig2=ro9rh0JONok3yTCI2YMCIQ;

3. European Centre for Disease Prevention and Control (2013a). *Annual epidemiological report: Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data 2013*. Acedido em 01/07/2014. Disponível em <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/annual-epidemiological-report-2013.pdf>;
4. European Centre for Disease Prevention and Control (2013b). *Antimicrobial resistance surveillance in Europe Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net) 2012*. Acedido em 01/07/2014. Disponível em <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-surveillance-europe-2012.pdf>;
5. Direção Geral de Saúde (2007) *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Acedido em 01/07/2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008902.pdf>;
6. Direção Geral de Saúde (2013c). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos Orientações Programáticas* Acedido em 01/07/2014. Disponível em [https://www.google.pt/#q=Programa+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+e+Controlo+de+Infe%C3%A7%C3%B5es+e+Resist%C3%Aancias+aos+Antimicrobianos](https://www.google.pt/#q=Programa+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+e+Controlo+de+Infe%C3%A7%C3%B5es+e+Resist%C3%Aancias+aos+Antimicrobianos;);
7. Crisp, L. N., Berwick, D., Kickbusch, I., Bos, W., Antunes, J. L., Barros, P. P. & Soares, J. (2014). *Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Acedido em 10/09/2014. Disponível em http://www.gulbenkian.pt/mediaRep/gulbenkian/files/institucional/FTP_files/pdfs/FuturodaSaude2014/RelatorioFuturodaSaudePT2014/index.html#/2/;
8. Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência;
9. Noble, D. B. (2009). Patient Education on MRSA Prevention and Management: The Nurse's Vital Role. *Nurses as Educators*, 18(6), 375-378;

10. Silva, A. M., Carvalho, M. J., Canini, S. R. M. S., Cruz, E. D. A. & Gir, E. (2010). Methicillin Resistant *Staphylococcus aureus*: Knowledge and Factors Related to the nursing Team's Adherence to Preventive Measures. *Rev. Latino.Am. Enfermagem*, 18(3), 346-351;
11. Duncan, C. P. & Dealey, C. (2007). Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. *British of Nursing*. 16(1), 34-38.

A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO-RESISTENTE NA PESSOA IDOSA NA COMUNIDADE:

O modelo de parceria como suporte da intervenção de enfermagem

Verónica Florêncio*; Idalina Gomes**

*Estudante do 5º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Introdução

O MRSA é uma importante causa de infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) em todo o mundo, constituindo um grave problema de saúde pública. Os idosos são a faixa etária com a mais elevada taxa de IACS (13,8%) e de consumo de antimicrobianos (56,6%), com fortes implicações económico-sociais e elevada morbimortalidade^{1,2,3}. Portugal apresenta uma taxa de incidência de MRSA de 53,8%, uma das mais elevadas da Europa⁴. A DGS defende que uma atuação bem planeada e estruturada, dinamizada por profissionais especializados, conseguirá evitar, pelo menos, 1/3 das infeções⁵.

Em 2013 foi criado um programa de saúde prioritário visando a diminuição da bacteriemia por MRSA, tornando-se imperativo a adoção de medidas de prevenção e controlo. Estas deverão ser assentes em serviços de saúde integrados e baseados na comunidade, onde os cidadãos participem ativamente^{6,7}.

Objetivo

Capacitar o idoso e cuidador familiar na prevenção da infeção por MRSA em contexto domiciliário, tendo a parceria como intervenção de enfermagem.

Metodologia

Estudo de Caso, realizado em contexto de uma equipa de cuidados continuados. O processo de cuidados teve como referencial o modelo de intervenção em parceria, considerando as fases: revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se, e assumir o cuidado de si ou assegurar o cuidado do outro⁸. A recolha de informação foi realizada através da observação participante e da entrevista semi-dirigida, assente num instrumento de recolha baseado na avaliação multidimensional do idoso. Foi pedido consentimento informado.

Resultados

A relação de parceria estabelecida com o idoso e seu cuidador familiar permitiu identificar como principal problema, o risco de infeção, manifestado pela colonização por MRSA, história recente de internamento, e presença de úlcera cutânea.

Em parceria foi construída uma relação de confiança, onde através da negociação se traçou como compromissos: higienização das mãos frequente, cumprimento do regime terapêutico, cuidados de higiene diários, não partilha de objetos pessoais, manutenção dos lençóis limpos e secos, tratamento a altas temperaturas da roupa pessoal/cama, e informar as unidades de saúde da história de colonização.



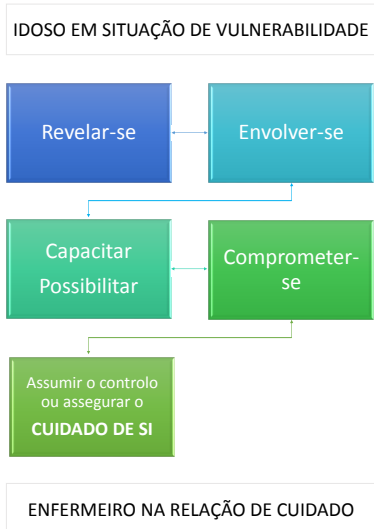
Conclusão

O enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental na prevenção da transmissão da infeção por MRSA nos diferentes contextos de cuidados, o que implica um conhecimento multidimensional do idoso/família, de forma a evitar práticas de risco e minimizar custos sociais e económicos¹⁰. A educação da família/ idoso colonizado com MRSA e família é crucial, mas integrada numa relação de parceria que promova o seu *empowerment* e capacitação, para a prevenção da infeção e das complicações associadas^{8,9,11}.

P
R
O
C
E
S
S
O

D
E

P
A
R
C
E
R
I
A



Referências Bibliográficas

- DGS (2013a). Portugal – Controlo da Infeção e Resistências aos Antimicrobianos em números – 2013 Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Acedido em 01/07/2014. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2013.aspx>.
- DGS (2013b). Prevalência de Infeção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses. Acedido em 01/07/2013. Disponível em http://www.google.pt/url?ui=t&ct=j&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCKQFAB&url=http://33a%2Fwww.dgs.pt%2Fdocumentos-e-publicacoes%2FInq-Prevalencia-de-infecao-adquirida-no-hospital-e-uso-de-antimicrobianos-nos-hospitais-portugueses-inq-2012-jpg.aspx&ei=LFPOU4_ZH6HQXNwDICA&usq=AFQjC9HckmCk4NPowUcowCqHut160K2KQ&ig2=roth0i0Nok3yTCi2YMCGQ.
- ECDC (2013a). Annual epidemiological report: Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data 2013. Acedido em 01/07/2014. Disponível em <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/annual-epidemiological-report-2013.pdf>.
- ECDC (2013b). Antimicrobial resistance surveillance in Europe Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net) 2012. Acedido em 01/07/2014. Disponível em <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-surveillance-europe-2012.pdf>.
- DGS (2007) Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Acedido em 01/07/2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/008902.pdf>.
- DGS (2013c). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos Orientações Programáticas Acedido em 01/07/2014. Disponível em <https://www.google.pt/url?ui=t&ct=j&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCKQFAB&url=http://33a%2Fwww.dgs.pt%2Fdocumentos-e-publicacoes%2FPrograma-de-prevencao-e-controlo-da-infecao-associada-aos-cuidados-de-saude-programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-resistencia-aos-antimicrobianos-orientacoes-programaticas.pdf>.
- Crisp, L. N., Berwick, D., Kickbusch, I., Bos, W., Antunes, J. L., Barros, P. P. & Soares, J. (2014). Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Acedido em 10/09/2014. Disponível em http://www.gulbenkian.pt/media/gulbenkian/files/institucional/FTP_Ites/pdfs/FuturodaSaude2014/RelatorioFuturodaSaude2014/index.html#2/.
- Gomes, I. G. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática (pp.77-110). Loures: Lusociência.
- Noble, D. B. (2009). Patient Education on MRSA Prevention and Management: The Nurse's Vital Role. Nurses as Educators, 18(6), 375-378.
- Silva, A. M., Carvalho, M. J., Canim, S. R. M. S., Cruz, E. D. A. & Gr, E. (2010). Methicillin Resistant Staphylococcus aureus: Knowledge and Factors Related to the nursing Team's Adherence to Preventive Measures. Rev. Lat. Am. Enfermagem, 18(3), 346-351.
- Duncan, C. P. & Osaley, C. (2007). Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. British of Nursing, 18(1), 34-38.

APÊNDICE VII:

APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÃO LIVRE

*PREVENÇÃO DA INFEÇÃO POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO-
RESISTENTE NA PESSOA IDOSA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: INTERVENÇÃO
MULTIDISCIPLINAR*

III JORNADAS TEMÁTICAS DE DOENÇAS INFECIOSAS DE SETÚBAL:

INFEÇÕES EM MEIO HOSPITALAR

RESUMO COMUNICAÇÃO LIVRE

Título: A Prevenção da Infecção por *Staphylococcus aureus* Metilino-Resistente (MRSA) na Pessoa Idosa no Serviço de Urgência: Intervenção Multidisciplinar

Introdução

O MRSA é uma importante causa de infecção associada aos cuidados de saúde (IACS), sendo que Portugal apresenta uma das mais elevadas taxas de incidência a nível europeu (53.8%)¹. Os idosos possuem uma taxa de IACS de 13,8%, constituindo um grupo vulnerável, tornando-se imperativo a adoção de medidas de prevenção e controlo^{2,3,4}.

Objetivos

- 1.Capacitar a equipa multidisciplinar para a prevenção e controlo da infecção por MRSA no idoso no SU.
- 2.Implementar medidas para a prevenção e controlo da infecção por MRSA.

Material/Métodos

Metodologia de projeto⁵,desenvolvendo-se de 09/2014 a 02/2015.

Participantes: enfermeiros (15), assistentes operacionais (15), médicos (15) e doentes idosos com fatores de risco para MRSA (933).

Instrumentos de colheita de dados: processos clínicos, questionários, guiões de observação das práticas.

Resultados

Das auditorias constatámos que as práticas básicas de controlo da infecção (PBCI) são cumpridas nos casos positivos identificados, mas em situação de suspeita o índice de qualidade diminui.

Dos 933 doentes rastreados, 11,5% estavam colonizados com MRSA. Destes 38% foram submetidas a descolonização; 38% encontravam-se na comunidade quando saiu o resultado; e 24% faleceram.

Como medidas corretivas salientamos: formação à equipa, utilização de solução alcoólica de bolso e por unidade do doente; adesão à campanha das mãos; folheto informativo sobre MRSA; atualização do protocolo MRSA⁶.

Discussão/Conclusões

Os profissionais estão mais despertos para o cumprimento das PBCI e para o rastreio sistematizado do MRSA, fundamental na prevenção da infeção, mas o envolvimento de toda a equipa é crucial. O número de casos que foram para a comunidade sem descolonização alertam para a importância da criação de uma comunicação eficaz com os cuidados primários.


Bibliografia


1. European Centre for Disease Prevention and Control (2013b). *Antimicrobial resistance surveillance in Europe Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net) 2012*. Acedido em 01/07/2014. Disponível em <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-surveillance-europe-2012.pdf>;
2. Direção Geral de Saúde (2013a). *Portugal – Controlo da Infeção e Resistências aos Antimicrobianos em números – 2013 Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Acedido em 01/07/2014. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2013.aspx>;
3. Direção Geral de Saúde (2013b). *Prevalência de Infeção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses*. Acedido em 01/07/2013. Disponível em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCkQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdocumentos-e-publicacoes%2Finquerito-de-prevalencia-de-infecao-adquirida-no-hospital-e-uso-de-antimicrobianos-nos-hospitais-portugueses-inquerito-2012-jpg.aspx&ei=LFPOU4_zH6LH0QXNxoDICA&usq=AFQjCNHcKmCk4NPOwUcowCqHput160K2kQ&sig2=ro9rh0JONok3yTCI2YMCIQ;
4. European Centre for Disease Prevention and Control (2013a). *Annual epidemiological report: Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data 2013*. Acedido em 01/07/2014. Disponível em

<http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/annual-epidemiological-report-2013.pdf>;

5. Ruivo, M. A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de etapas. *Percursos: Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal*, 15, 1-37;
6. Direção Geral de Saúde (2014). Norma nº018/2014 - *Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA)*. Acedido em 05/01/2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de09122014.aspx>.


APRESENTAÇÃO COMUNICAÇÃO LIVRE





A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* METICILINO-RESISTENTE NA PESSOA IDOSA


Intervenção Multidisciplinar



Verónica Florêncio
Estudante Mestrado e Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa na ESEL
Enfermeira no SUG do CHS


Idalina Gomes
Professora Doutora da ESEL (Orientadora)

14 de Janeiro 2015



ÍNDICE

1. Problemática/Justificação
2. Objetivos
3. Material/Métodos
4. Implementação do projeto no Serviço de Urgência Geral (SUG)
5. Implementação de Medidas no Serviço de Urgência Geral (SUG)
6. Discussão de Resultados
7. Implicações para a prática

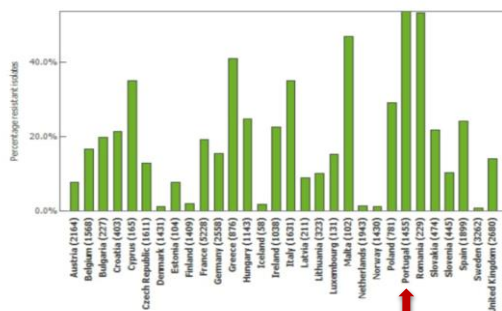


INTRODUÇÃO

- As IACS constituem um desafio à segurança dos clientes e qualidade dos cuidados, e são causa de morbilidade e mortalidade nos idosos. Em 2011 foram contabilizados 11357 óbitos associados ao controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos (DGS, 2013^a)
- Os idosos possuem uma taxa de IACS de 13,8% e de 56,6% de consumo de antimicrobianos, constituindo um grupo vulnerável, com fortes implicações económicas e sociais, tornando-se imperativo a adoção de medidas de prevenção e controlo (DGS, 2013a; DGS, 2013b; ECDC, 2013a).
- O MRSA é uma importante causa de IACS, sendo que Portugal apresenta uma das mais elevadas taxas de incidência a nível europeu (53.8%) (ECDC, 2013b).
- O SUG adotou desde 2013 um protocolo de vigilância ativa MRSA, contudo sem uma sistemática análise dos resultados e pouco investimento na PBCI e de contato.

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
DGS – Direção Geral de Saúde
MRSA - *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente
ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control
PBCI – Precauções Básicas do Controlo da Infecção

1.PROBLEMÁTICA/JUSTIFICAÇÃO



PERCENTAGEM DE MRSA NA EUROPA 2012

Portugal
É um dos 8 países num total de 28 estudados com uma taxa de MRSA superior a 25%.

↓

53,8%

(ECDC, 2013)

MRSA - *Staphylococcus Aureus* metilino-resistente
ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

1.PROBLEMÁTICA/JUSTIFICAÇÃO

Revisão Sistemática da Literatura



É importante a adoção de uma **vigilância ativa** no Serviço de Urgência, de modo a identificar precocemente os portadores, através de um rastreio hospitalar.

(Eveillard et al, 2006)

Os programas de rastreio e o tratamento de descolonização precoce deverão fazer parte de uma **estratégia multifacetada**, a par com **medidas de prevenção básicas e de contato**, para garantir a sua eficácia.

(Upshave-Owens & Bailey, 2012)

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO POR MRSA NA PESSOA IDOSA

Há evidência científica que a colonização por MRSA está associada a subsequente infeção (Ridgway et al (2013).

O **rastreio** baseado em **fatores de risco** pode ser utilizado para diagnosticar colonização por MRSA na admissão, prevenindo a disseminação do microrganismo.

(Torres & Sampathkumar, 2013)

É importante **informar os doentes**, promovendo o seu **empowerment** e capacitação.

(Duncan & Dealey, 2007)

De forma a prevenir **eventos adversos** não infecciosos, como a ansiedade e depressão.

(Morgan et al, 2009)

MRSA - *Staphylococcus aureus* metilino-resistente

1.PROBLEMÁTICA/JUSTIFICAÇÃO



2013

- DGS - Programa de Saúde Prioritário: Programa de Prevenção de Controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos.

2014

- Fundação Calouste Gulbenkian emitiu um relatório onde traça como desafio urgente em saúde: Diminuir ½ infeções hospitalares, poupando 280 milhões de euros cada ano (Crisp et al, 2014).

- DGS 09/12/2014- Norma da Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por MRSA



"Deve ser realizada a pesquisa ativa (rastreio) de portadores de MRSA, em todos os serviços/unidades de internamento de hospitais (...)"

"Na presente Norma foram utilizadas as categorias do CDC (Centers for Disease Control and Prevention) /HIPAC (Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee) indicativas da força e da qualidade da evidência da recomendação"

(DGS, 2014)

2.OBJETIVOS



Capacitar a equipa multidisciplinar para a prevenção e controlo da infeção por MRSA no idoso no SUG.



Implementar medidas para a prevenção e controlo da infeção por MRSA.

MRSA - *Staphylococcus Aureus* metilicilino-resistente
SUG – Serviço de Urgência Geral

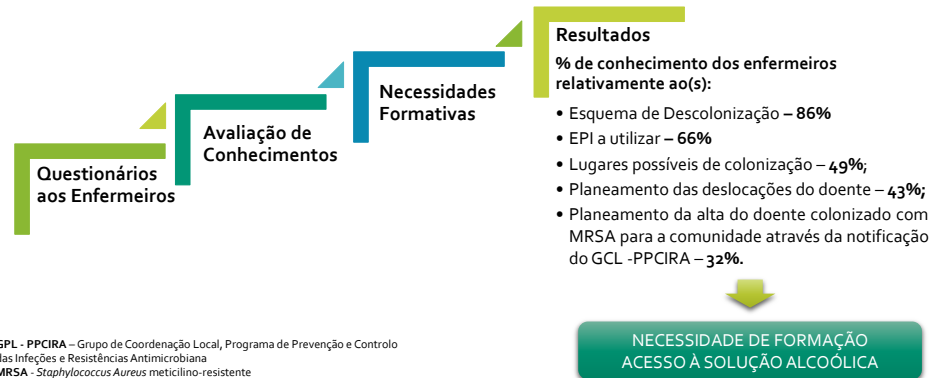
3.MATERIAL/MÉTODOS



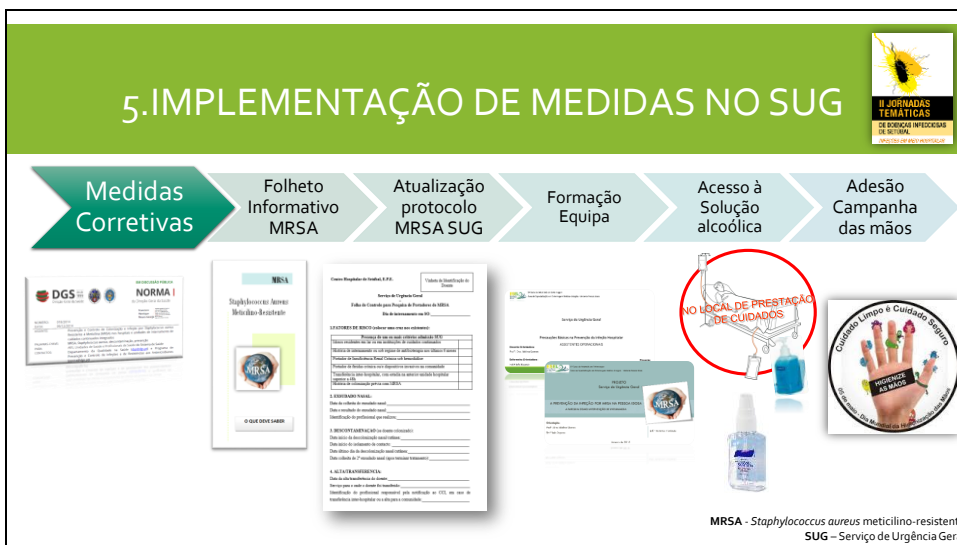
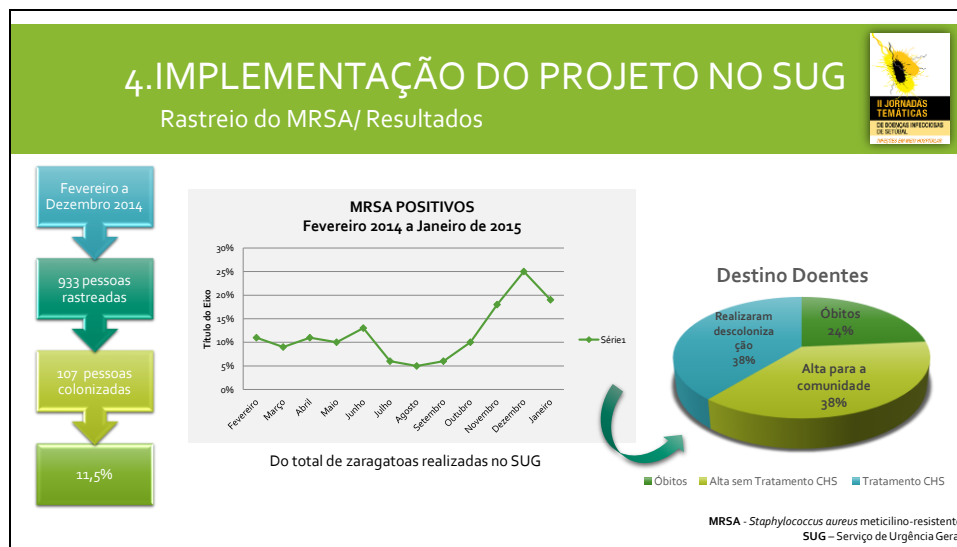
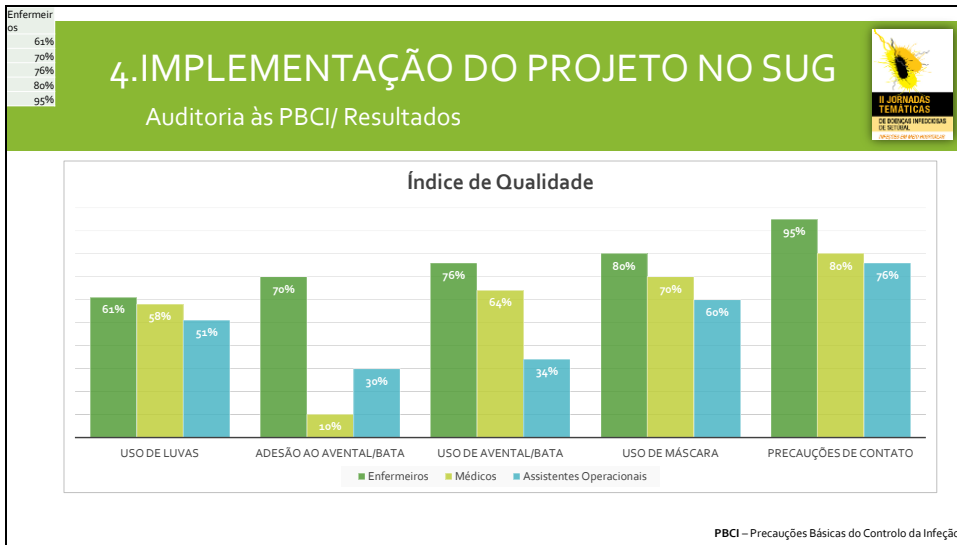
- **Metodologia de projeto**
 - ✓ Outubro de 2014 a Fevereiro de 2015.
- **Participantes:**
 - ✓ Enfermeiros
 - ✓ Assistentes operacionais
 - ✓ Médicos
 - ✓ Doentes idosos com fatores de risco para MRSA
- **Instrumentos de colheita de dados:**
 - ✓ Processos clínicos
 - ✓ Questionários à equipa de enfermagem
 - ✓ Guiões de observação das práticas equipa multidisciplinar

4.IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO NO SUG

Diagnostico das necessidades formativas dos enfermeiros



GPL - PPCIRA – Grupo de Coordenação Local, Programa de Prevenção e Controlo das Infecções e Resistências Antimicrobiana
MRSA - *Staphylococcus Aureus* metilicilino-resistente



6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS



• FACE AOS RESULTADOS OBTIDOS IMPORTA REFLETIR ACERCA DA(O):

- Vulnerabilidade da pessoa idosa associado ao seu processo de doença no SUG;
- Existência de pessoas colonizadas com MRSA, com risco de desenvolver/transmitir infeção;
- Elevada ansiedade e insegurança da pessoa idosa e sua família, face ao diagnóstico de colonização/infeção por MRSA e ao isolamento de contato necessário;
- Planeamento da alta e na articulação com os cuidados de saúde primários, de forma a minimizar o risco de autoinfeção e infeção cruzada na comunidade.

MRSA - *Staphylococcus aureus* metilino-resistente

7. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA



O QUE JÁ SE FAZ

- Vigilância Ativa: Rastreio colonização MRSA
- Isolamento de contato
- Acesso à solução alcoólica
- Formação equipa multidisciplinar
- Uso adequado EPI



O QUE É NECESSÁRIO MELHORAR

- Adesão aos 5 momentos da higienização das mãos
- Limpeza e Desinfecção do Unidade
- Planeamento das deslocações dos doentes
- Auditorias e divulgação dos resultados
- Envolver e informar a pessoa/família
- Capacitar a pessoa colonizada com MRSA e cuidador familiar aquando a alta
- Assegurar a continuidade de cuidados na comunidade: notificação dos casos

MRSA - *Staphylococcus aureus* metilino-resistente
EPI - Equipamento de Proteção Individual
PBCI - Precauções Básicas do Controlo da Infeção
SUG - Serviço de Urgência Geral

CONCLUSÃO



- Os profissionais estão mais despertos para o cumprimento das PBCI e para o rastreio sistematizado do MRSA, fundamental na prevenção da infeção.
- O envolvimento de toda a equipa multidisciplinar é fundamental na quebra da cadeia de transmissão da infeção por MRSA.
- O número de casos que foram para a comunidade alertam para a importância da criação de uma comunicação eficaz com os cuidados de saúde primários.
- Só através de uma atuação bem planeada e estruturada, dinamizada por profissionais especializados, se conseguirá evitar infeções (DGS, 2007).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Crisp, L. N., Berwick, D., Kickbusch, I., Bos, W., Antunes, J. L., Barros, P. P. & Soares, J. (2014). Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Acedido em 10/09/2014. Disponível em http://www.gulbenkian.pt/mediaRep/gulbenkian/files/institucional/FTP_files/pdfs/FuturodaSaude2014/RelatorioFuturodaSaudePT2014/index.html#12/;
- DGS (2007) *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Acedido em 01/07/2014. Disponível em http://www.dgs.pt/upload/membro_id/ficheiros/1008902.pdf;
- DGS (2013a). *Portugal – Controlo da Infecção e Resistências aos Antimicrobianos em números – 2013 Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Acedido em 01/07/2014. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2013.aspx>;
- DGS (2013b). *Prevalência de Infecção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses*. Acedido em 01/07/2013. Disponível em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCKQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdocumentos-e-publicacoes%2Ffinqueto-de-prevalencia-de-infecao-adquirida-no-hospital-e-uso-de-antimicrobianos-nos-hospitais-portugueses-inquerito-2012-jpg.aspx&ei=LFPOU4_zH6LHoQXNxoDICA&usq=AFQjCNHckmCk4NPowUcowCqHputx6oKzkQ&sig2=rogthoJONok3yTC1zYMCIQ;
- Duncan, C. P. & Dealey, C. (2007). Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. *British of Nursing*. 16(3), 34-38;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- ECDC (2013a). *Annual epidemiological report: Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data 2013*. Acedido em 01/07/2014. Disponível em <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/annual-epidemiological-report-2013.pdf>;
- ECDC (2013b). *Antimicrobial resistance surveillance in Europe Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net) 2012*. Acedido em 01/07/2014. Disponível em <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-surveillance-europe-2012.pdf>;
- DGS (2013c). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos Orientações Programáticas* Acedido em 01/07/2014. Disponível em <http://www.google.pt/#q=Programa+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+e+Controlo+de+Infe%C3%A7%C3%B5es+e+Resist%C3%A7%C3%A3o+Antimicrobianos>;
- Eveillard, M., Leroy, C., Teissiere, F., Lancien, E., Branger, C., Lassence, A.... O'Brun, P. (2006). Impacto f selective screening in the emergency department on methicillin-resistant Staphylococcus aureus control programmes. *Journal of Hospital Infection*, 63, 380-384;
- Morgan, D., Diekema, D. J., Sepkowitz, K. & Perencevich, E. N. (2009). Adverse outcomes associated with contact precautions: A review of the literature. *Am J Infect Control*, 37(2), 85-93;
- Ridgway, J. P., Peterson, L. R., Brown, E. C., Du, H., Hebert, C., Thomson Jr, R. B.... Robicsek, A. (2013). Clinical Significance of Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus Colonization on Hospital Admission: One Year Infection Risk. *Plos One*, 8(11), 1-9;
- Torres, K. & Sampathkumar, P. (2013). Predictors of methicillin-resistant Staphylococcus aureus colonization at hospital admission. *American Journal of Infection Control*, 42, 1043-1047;
- Upshaw-Owens, M. & Bailey, C. A. (2012). Preventing Hospital-Associated Infection: MRSA. *Medsurg Nursing*, 21(2), 77-81.

MUITO OBRIGADA



II JORNADAS TEMÁTICAS DE DOENÇAS INFECCIOSAS DE SETÚBAL

Certificamos que o trabalho *A prevenção da infeção por Staphylococcus Aureus metilino-resistente (MRSA) na pessoa idosa no Serviço de Urgência: Intervenção de Enfermagem*, da autoria de **Verónica Florêncio e Idalina Gomes**, recebeu uma Menção Honrosa nas II Jornadas Temáticas de Doenças Infecciosas de Setúbal, que decorram dias 13 e 14 de Fevereiro, no Fórum Municipal Luísa Todi, Setúbal.

Setúbal, 14 de Fevereiro de 2015

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'José Poças', is written over a horizontal line.

Dr. José Poças
Presidente das Jornadas

APÊNCIDE VIII:

REFLEXÃO E RESUMO DOS PRINCIPAIS CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS NO
DECURSO DA PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS CIENTÍFICOS

EVENTOS CIENTIFICOS

Uma reflexão e análise das principais aprendizagens...

No decurso do estágio desenvolvido, tive oportunidade de participar em vários eventos científicos, dinamizados a nível nacional, que se revelaram oportunidades de aprendizagem únicas, onde a troca de conhecimentos e experiências foi uma constante. De seguida abordo de forma breve os principais conteúdos debatidos nos mesmos, e aqueles que foram mais marcantes para mim, dando especial destaque aos que se encontram mais intimamente ligados à problemática em estudo, a prevenção da infeção por MRSA.

✓ **Congresso da Associação Portuguesa de Infeção Hospitalar (APIH) – “Prevenir e Combater as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde”, em Setembro de 2014.**

O congresso internacional das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) teve lugar em Coimbra nos dias 25 e 26 de Setembro, onde foi amplamente discutido a importância de se apostar em projetos e práticas que promovam a segurança dos doentes. A infeção hospitalar foi-me apresentada como uma problemática evitável e não como uma complicação decorrente de um internamento hospitalar.

Cada internamento por infeção hospitalar suporta grandes custos, a nível económico (diretos), social, familiar e psicológico (indiretos) com um forte impacto no bem-estar físico e emocional dos doentes. As IACS comportam também custos sociais elevados relacionados com a perda de produtividade dos doentes e seus familiares, e da sua qualidade de vida. Contudo, as infeções hospitalares também afetam a própria instituição, levando a uma diminuição da sua reputação, credibilidade e da qualidade percebida pela população. Todos estes custos acabam por sobrecarregar os cuidados de saúde primários, pela maior necessidade de reabilitação e de transporte, acarretando custos económicos evitáveis. Foi muito interessante compreender os tipos de custos associado às IACS e suas consequências para a pessoa em situação de doença, para a sua família, para o hospital e para toda a população.

Tendo a segurança dos doentes como uma prioridade de intervenção, é importante apostar no uso sensato e adequado dos antimicrobianos por parte da

equipa médica, no uso correto do equipamento de proteção individual pelos profissionais de saúde, na higienização das mãos, na monitorização e vigilância das práticas, através de auditorias promotoras da qualidade contínua dos cuidados, e em processos formativos nos próprios contextos de trabalho, facilitadores da comunicação e do trabalho em equipa.

Este trabalho deverá sempre ser realizado em equipa multidisciplinar e interinstitucional, de forma a prevenir a disseminação das IACS, nomeadamente do MRSA. Este agente teve lugar cativo ao longo das mesas no congresso, revelando uma crescente preocupação na sua prevenção. Segundo um dos palestrantes o MRSA pode ser transmitido de forma direta (entre pessoas) ou indireta, através de material inerte, ou seja, superfícies contaminadas (computador, telefone, portas, vidros, camas, mesas, equipamentos médicos), podendo sobreviver nas superfícies cerca de 5 a 7 meses, devendo a sua limpeza e desinfeção ser alvo de muita atenção por parte dos profissionais de saúde.

Para a eficácia de um programa de controlo de infeção é necessário haver um controlo pré-analítico, com normas de colheita e transporte e racionalização dos pedidos, analítico, utilizando métodos validados e atualizados, e pós-analítico, relatando a informação clínica em tempo útil. Quando se está presente com um microrganismo problema (de fácil transmissão e multirresistentes) um alerta deve ser enviado ao Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências Antimicrobianas (GCL-PPCIRA), permitindo detetar atempadamente a existência de microrganismos, investigando e controlando a sua disseminação, prevenindo surtos. Um sistema de alerta conjugado com programas de rastreio de vigilância ativa, com o cumprimento das precauções básicas, e com políticas instituídas de apoio à prescrição de antibióticos são medidas fulcrais para a obtenção de ganhos em saúde.

Os resíduos hospitalares foram também alvo de exposição, mediante o risco de saúde pública, laboral e ambiental que acarretam, pelo que se torna imprescindível haver um controlo apertado do seu correto tratamento.

Nesta luta contra as IACS, o serviço de esterilização tem uma posição de destaque no controlo da prevenção da disseminação dos microrganismos, exigindo formação específica, experiência e domínio das características e especificidades dos dispositivos médicos e equipamentos existentes nos diferentes serviços. A supervisão de todos os passos da esterilização exige uma grande capacidade de gestão e

organização. Esta visão do trabalho desenvolvido pelos profissionais do serviço de esterilização foi para mim inovadora, pois considero que todos os enfermeiros desvalorizam o trabalho desenvolvido neste setor, por se tratar de um «lugar escondido», sem contato direto com os doentes, envolto em rotinas que se dizem simples e de menor complexidade, o que não se verifica.

A continuidade de cuidados foi também debatida no presente congresso, referindo a importância de uma boa articulação entre o hospital e os cuidados de saúde primários, com a transmissão de informação pertinente entre colegas, diminuindo sentimentos de rivalidade, e investindo num trabalho em parceria responsável, assumindo sempre a pessoa como central no processo de cuidados.

✓ **Simpósio da *Allere*: “O diagnóstico de infeções por *Staphylococcus aureus* com resistências a antibióticos”, em Outubro de 2014.**

O presente simpósio decorreu no dia 29 de Outubro de 2014 e teve lugar no auditório Professor David Ferreira no edifício Egas Moniz da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Esta oportunidade surgiu mediante um convite da *Allere* (empresa de laboratório), mediante o seu conhecimento do meu projeto e interesse pela temática.

O rastreio de MRSA foi largamente discutido, onde nos levará e que benefícios? A Dra. Maria Luísa Gonçalves e o Dr. Augusto Machado e Costa, dos Serviços de Assistência Médico Social do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas) (SAMS) consideram que o rastreio é um pilar essencial de qualquer programa de controlo de infeção por MRSA, conjugado com a higienização das mãos, as precauções básicas, a limpeza dos equipamentos médicos e do ambiente, o isolamento de contato, a descolonização, a vigilância e monitorização dos casos e o uso adequado de antimicrobianos, aliados à educação e feedback ao doente.

O rastreio universal foi apresentando como pouco eficaz, mediante o elevado número de negativos que obtém, resultando numa crescente carga de trabalho para os profissionais de saúde e para o laboratório. No Hospital do SAMS o rastreio é realizado às pessoas com os seguintes fatores de risco: provenientes de outras instituições de saúde e lares, história de internamento no último ano, história de colonização/infeção por MRSA, e portadores de patologias consideradas de risco, como a insuficiência renal em diálise, diabéticos sob insulina, neoplasias com doença ativa e portadores de HIV.

Atualmente nos SAMS o rastreio para colonização de MRSA é realizado a partir de zaragatoas a três locais: nasal, perineal e faríngeo. A obtenção do resultado tem uma demora média de 18-24 horas, sendo utilizados meios culturais cromogénicos, com um custo de 1.80€ por teste, incluindo a avaliação da suscetibilidade à mupirocina, dando um total anual de cerca 2.412€, segundo dados divulgados na conferência.

A descolonização permite diminuir os reservatórios, diminuindo as oportunidades de transmissão. Os doentes colonizados em feridas, ou a nível perineal e faringe são, segundo informação partilhada pelos preletores, difíceis de descolonizar, tratando-se por vezes de portadores crónicos, devendo manter o seu isolamento de contacto até à alta hospitalar. Os custos do rastreio a nível dos SAMS são imputados aos próprios doentes, visto ser um hospital particular, só em situações de surto é que são assumidos pela gerência.

A maioria das pessoas colonizadas por MRSA são pessoais idosas residentes em lar, tendo como principais locais de reservatórios a mucosa nasal e a nível perineal. A descolonização é realizada com mupirocina pomada nasal e banho com clorexidina a 4% durante 5 dias. Em caso de resistência à mupirocina é utilizado fusidin pomada oftálmica para aplicação nasal.

O sucesso do programa de controlo de infeção por MRSA depende do empenho dos profissionais de saúde, e da sua adequação a cada contexto de cuidados. Os resultados rápidos são de extrema importância no controlo da infeção por MRSA, mas tendo sempre em atenção a relação custo-benefício dos métodos utilizados.

Também foi abordada uma perspetiva microbiologista desta problemática, pelo Dr. José Melo Cristino e pela Dra. Maria Miragaia, definido o MRSA como um sendo um agente patogénico em evolução, existindo diferentes clones a nível mundial e mesmo em Portugal, como o HA-MRSA (Hospitalar), CA-MRSA (Comunidade) e LA-MRSA (proveniente dos animais).

A disseminação de MRSA na Europa é estruturada geograficamente, tendo cada país a sua estirpe, podendo-se depreender que o controlo da infeção a nível local poderá ser eficaz. Segundo estudos desenvolvidos, referidos por estes profissionais, assiste-se na atualidade à saída do clone hospitalar para a comunidade, sendo urgente intervir no seu controlo hospitalar.

Para investir num maior controlo a nível hospitalar a *Alere* propõe a aquisição de um equipamento assente em biologia molecular, que permite uma maior rapidez na saída dos resultados, diminuindo a probabilidade de desenvolvimento de infeção e de transmissão cruzada.

Esta estratégia diminui ainda custos, reduzindo os dias de internamento e o uso de equipamento individual de proteção. Contudo cada teste tem um custo de 40€, mas permite fazer 4 testes em apenas 50 minutos, é de fácil utilização, sem risco de contaminação cruzada e permite analisar escovado múltiplo e/ou nasal (portadores e, pele e tecidos moles) e hemoculturas (infeção sanguínea MRSA), otimizando em grande escala o programa de rastreio, com elevada eficácia. O respetivo equipamento (Genomera CDX™) está apresentado nas imagens abaixo indicadas:



✓ **2ª Jornadas de Enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal EPE – “Um olhar reflexivo sobre o (in) visível: Intervenção partilhada de enfermagem”, com a apresentação de comunicação livre: Prevenção da Infeção por *Staphylococcus aureus* Meticilino-Resistente na Pessoa Idosa no Serviço de Urgência: Intervenção de Enfermagem, com obtenção do 2º lugar, em Novembro de 2014.**

Estas Jornadas tiveram lugar no Fórum Luísa Todí em Setúbal nos dias 27 e 28 de Novembro pretendendo divulgar o trabalho, por vezes invisível, de algumas equipas hospitalares, nomeadamente do serviço de gestão da formação, do GCL-PPCIRA, da comissão de gestão do risco clínico e não clínico, da saúde ocupacional

e da equipa de gestão de altas. Considero que estas valências tem que dar visibilidade ao seu trabalho, divulgar os seus resultados a todos os profissionais de saúde, para além das direções clínicas, revelando a sua importância.

A qualidade dos cuidados prestados e a segurança dos doentes foram premissas transversais a todos os palestrantes. O doente necessita de profissionais saudáveis, sendo importante cuidar de quem cuida, necessita de um ambiente seguro, tornando-se crucial relatar todos os incidentes que surjam para apostar na sua prevenção, necessita de uma atuação competente por parte dos profissionais, que devem estar em constante formação, respeitar os princípios do controlo da infeção e assegurar a continuidade de cuidados. Para promover este trabalho coordenado é primordial o trabalho desenvolvido por estas equipas nos «bastidores» do hospital, de forma a prevenir efeitos adversos para os doentes.

O planeamento da alta deve ser realizado o mais precocemente possível perante a conjuntura de rutura atualmente vigente na sociedade, relacionada com a diminuição dos laços familiares, do decrescimento da confiança nas instituições de saúde e a insegurança sentida pela população. Deste modo, é crucial envolver as famílias nos cuidados desde o primeiro dia de internamento, diminuindo a sua ansiedade, garantindo a sua capacitação no cuidado futuro, através da partilha de informação continua, e não apenas no momento da alta. Esta estratégia possibilita também a identificação precoce de situações de risco, que necessitam de cuidados na comunidade, dando início à apresentação dos recursos existentes aos cuidadores, trabalhando em parceria nas tomadas de decisão a realizar.

Foi também enumerado o papel especial que os elos de ligação do risco clínico, do risco não clínico, da formação, e do PPCIRA têm nos diferentes serviços do hospital, e que sem eles os projetos não obteriam sucesso. Só através de um envolvimento dos profissionais e de processos de formação formal e informal entre pares é que se podem promover mudanças positivas na prática profissional, e melhorar a resposta às pessoas em situação de vulnerabilidade e fragilidade, que merecem todo o nosso profissionalismo, competência, respeito e dignidade.

Tive ainda oportunidade neste evento de apresentar uma comunicação livre, tendo sido um momento de grande nervosismo, mas também de muito orgulho pessoal por ter sido capaz... capaz de falar em público, capaz de mostrar o meu trabalho, capaz de contribuir para a mudança e capaz de captar a atenção do público, transmitindo-lhe a minha preocupação, o meu conhecimento da problemática e o meu

projeto, o que mereceu elogios por parte da enfermeira coordenadora do GCL-PPCIRA, o que foi muito gratificante, obtendo o 2º lugar de entre 14 comunicações livres apresentadas.

✓ **IV Congresso Internacional e Gerontologia e Geriatria “Envelhecimento ativo, saudável e positivo”, com a apresentação de poster: Implicações da Institucionalização da pessoa idosa – Avaliar para prevenir, em 5, 6 e 7 Dezembro de 2014.**

O respetivo congresso decorreu em Dezembro na FIL em Lisboa nos dias 5, 6 e 7 de Dezembro. Este evento foi marcado por inúmeras comunicações livres sobre diferentes projetos desenvolvidos na área da saúde da pessoa idosa, quer a nível hospitalar, quer a nível comunitário.

O envelhecimento ativo foi alvo de um interessante debate técnico-científico por diversas personalidades, todas elas defensoras da importância de promover o bem-estar e a qualidade de vidas das pessoas idosas, vendo-as com um estatuto individual de experiências, saberes e olhares que merecem ser respeitados e aproveitados. Foram discutidos os principais problemas de saúde das pessoas idosas, bem como os mitos e os novos paradigmas de intervenção gerontológica, defendendo a participação ativa dos cidadãos no seu próprio envelhecimento ativo, saudável e positivo.

Este congresso esteve aberto também às próprias pessoas idosas e suas famílias/cuidadores, o que foi muito interessante, onde poderiam assistir a palestras sobre as estratégias de longevidade, os recursos (bens e serviços) disponíveis no mercado, e muitas informações em saúde.

Apresentei, juntamente com mais duas colegas do curso de mestrado e especialização em enfermagem médico-cirúrgica – vertente pessoa idosa, um póster que retratava as implicações da institucionalização da pessoa idosa. Trabalho que mereceu críticas positivas do júri, pela forma como tratamos a temática e pelos resultados obtidos.

✓ **3º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com a apresentação de poster: Prevenção da Infecção por *Staphylococcus aureus* Meticilino-Resistente na Pessoa Idosa na Comunidade: O**

modelo de parceria como suporte da intervenção de enfermagem, em Janeiro de 2015.

A ida ao 3º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica dias 23 e 24 de Janeiro foi uma experiencia muito gratificante, pois deu-me a possibilidade de apresentar um póster, resultante do trabalho realizado em estágio na UCC. A defesa do mesmo foi um momento de extrema ansiedade, por ir contatar com pessoas de referência da ordem dos enfermeiros com uma vasta experiencia profissional e académica. No entanto, este período transformou-se numa oportunidade formativa de excelência, na qual fizeram críticas construtivas, que me ajudaram a refletir sobre as intervenções realizadas, dando-me os parabéns pelo trabalho realizado. Tive também um convite para realizar uma ação formativa numa unidade de saúde na comunidade em Lisboa acerca dos cuidados de enfermagem à pessoa com MRSA no domicílio, o qual aceitei de imediato, aguardando a sua marcação.

As dotações seguras de enfermeiros especialistas foi tema central do encontro, o que queremos, o que precisamos? Portugal é um dos países da europa com menor número de enfermeiro por habitante, não coadjuvando com o aconselhável. A enfermagem é uma profissão científica, com competências e autonomia em múltiplas áreas de intervenção, capaz de desenvolver evidência. Segundo o que foi divulgado no presente encontro prevê-se que os enfermeiros que pertençam ao GCL-PPCIRA seja enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, pelos conhecimentos e competências que lhe são reconhecidas. Foi abordado também o intuito de aproximar os contextos académicos e clínicos na construção de novos conhecimentos e novas práticas académicas, de forma a melhorar a saúde da comunidade a que servimos e a garantir a qualidade assistencial.

É primordial, os enfermeiros desenvolverem estudos, divulgarem os seus resultados, os ganhos em saúde atingidos, dando visibilidade ao nosso papel, ao nosso trabalho. Importa também provar a vantagem económica envolvida nos projetos que desenvolvemos. Só assim conseguiremos comprovar que o cumprimento das dotações seguras não se pode associar a maiores despesas mas antes a um investimento com retorno garantido.

✓ **II Jornadas Temáticas de Doenças Infecciosas de Setúbal: “Infeções em Meio Hospitalar”, com a apresentação de comunicação oral: Prevenção da**

Infeção por *Staphylococcus aureus* Meticilino-Resistente na Pessoa Idosa no Serviço de Urgência: Intervenção Multidisciplinar, com obtenção de Menção Honrosa, em Fevereiro de 2015.

As jornadas temáticas de doenças infecciosas de Setúbal tiveram como temática principal as infeções hospitalares, tendo sido abordado os microrganismos multirresistentes como problema de saúde pública, as infeções associadas a dispositivos médicos, as pneumonias víricas, as infeções graves meio hospitalar, a sépsis, a antibioterapia recomendada para as infeções bacterianas e as estratégias convergentes a adotar para a prevenção e controlo da infeção hospitalar.

As mesas redondas foram partilhadas por equipas multidisciplinares, numa complementaridade de intervenções, o que foi muito motivante e propiciou momentos de aprendizagem e troca de ideias muito estimulantes. Assim, foi de todo o meu interesse assistir a todas os conferencistas, todos eles apresentando conteúdos de extrema pertinência para o aprofundar de conhecimentos na área da prevenção e controlo da infeção hospitalar, como futura enfermeira especialista, respondendo a um dos objetivos específicos do meu projeto.

As IACS têm um grande impacto na saúde das pessoas, devendo-se ao excesso e inadequada utilização dos antimicrobianos, à higienização inadequada das mãos, equipamentos e superfícies, bem como a problemas estruturais e ao défice do número de profissionais. Estas infeções comportam na sua maioria um maior número de dias de internamento, com uma maior taxa de morbilidade e mortalidade, necessitando de intervenções urgentes por parte dos profissionais de saúde para inverter esta tendência.

Com vista a uma política eficaz de controlo da infeção foi debatido nestas jornadas a importância dos hospitais disporem de sistemas de informação adequados e integrados, que emitam alertas em tempo real para o GCL-PPCIRA e para os serviços, os profissionais encontrarem-se integrados em processos contínuos de formação, a existência de tutores para orientar as práticas, a importância de haver elos de ligação do GCL-PPCIRA nos serviços, a realização de auditorias externas, e o envolvimento dos próprios doentes nas medidas a implementar de controlo da infeção, informando-os e capacitando-os.

Nestas jornadas teve lugar uma mesa-redonda de enfermagem, na qual se debateu: o papel do GCL-PPCIRA; o plano de controlo desenvolvido pelo serviço de doenças infecciosas; e os objetivos do serviço de saúde ocupacional. Foram

apresentadas as *Buddles* definidas pela direção geral de saúde para o GCL-PPCIRA, bem como os programas em vigor de vigilância epidemiológica. Como estratégias delineadas para a prevenção das IACS salientou-se: sessões de formação de caráter obrigatório a todos os profissionais, a dinamização de encontros formativos com os elos de ligação do GCL-PPCIRA dos diferentes serviços, a realização de auditorias para averiguar se os profissionais cumprem o plano de ação preconizado, e a implementação de projetos anuais nos serviços, priorizando áreas de intervenção mediante os principais problemas detetados, com posterior divulgação dos resultados obtidos.

O serviço de saúde ocupacional atua também em articulação com o GCL-PPCIRA na adoção de estratégias para o controlo de infeção, e com o serviço de doenças infecciosas na vigilância dos acidentes relacionados com a exposição a produtos biológicos.

É urgente continuar a educar e formar os profissionais de saúde para a prevenção das IACS, desenvolvendo conhecimentos, competência, e uma maior responsabilidade e consciencialização do seu papel. Importa também investir numa melhor comunicação e articulação entre os profissionais e os serviços, fomentando o trabalho em equipa e a transmissão de conhecimentos e informações, sempre que haja necessidade.

Assisti também a um *workshop* pré-jornadas, intitulado: “Gestão das infeções hospitalares: *thinking of the box*”, que decorreu ao final da tarde e foi dirigido a todos os profissionais de saúde que se quisessem inscrever, dinamizado pelo Prof. Luís Lapão, coordenador do projeto OSYRISH (*Organizational and Informational System to Improve the Management of Healthcare Associated Infections in Hospitals*) que tem como objetivo identificar melhores formas de implementar políticas de gestão e controlo de infeções hospitalares, enquadráveis na perspetiva da segurança do doente. O Prof. Pedro Póvoas e o Dr. Calos Palos foram também palestrantes nesta sessão, ambos profissionais de referência na área do controlo das infeções hospitalares.

Nesta sessão sublinhou-se que o problema das infeções hospitalares poderá ser contornado com base em duas atitudes essenciais: a organização do trabalho para promover a segurança do doente e a abordagem multidisciplinar. Segundo os palestrantes é fundamental ir para além da correta higienização das mãos e da racional prescrição médica de antibióticos, e considerar os papéis da gestão, do

laboratório de microbiologia, da farmácia, dos sistemas de informação, do GCL-PPCIRA e, da própria administração hospitalar e mesmo dos doentes. É necessário sistemas de informação que orientem a decisão clínica e confirmem o conhecimento detalhado das situações, de modo a identificar, com maior rapidez e clareza, o que está a acontecer e, assim, tratar os doentes devidamente.

Foram apresentadas 6 comunicações livres e 9 pósteres nestas jornadas, todos eles com temas muito interessantes, proporcionando fortes momentos de aprendizagem. Tive oportunidade de apresentar um póster e uma comunicação livre, tendo discutido publicamente ambos os trabalhos.

O póster foi realizado conjuntamente com a enfermeira coordenadora/chefe do SU, e outra colega, elo de ligação do GCL-PPCIRA no serviço, intitulado: Prevenção pelo Vírus Ébola: uma atuação multidisciplinar planeada e estruturada no serviço de urgência, tendo como objetivo mostrar como a equipa se organizou para fazer face a uma provável situação de suspeita, o que envolveu a formação de cerca 111 profissionais e a definição de um circuito apropriado para o doente.

A comunicação livre teve como tema: Prevenção da Infecção por *Staphylococcus aureus* Meticilino-Resistente na Pessoa Idosa no Serviço de Urgência: Intervenção Multidisciplinar. Esta apresentação foi muito aliciante, pois permitiu a divulgação do projeto realizado e seus resultados, a toda a plateia, composta maioritariamente por médicos. Esta classe compreendeu assim o papel de toda a equipa multidisciplinar na prevenção da infecção por MRSA, e do seu importante contributo. Com este projeto obtive uma menção honrosa por parte da comissão científica das jornadas, o que foi muito gratificante. Contudo, esta congratulação não teria sido possível sem a orientação, apoio e incentivo da Prof.^a Idalina Gomes, deixando aqui o meu agradecimento pelo esforço e tempo despendido.

Estes trabalhos foram os únicos realizados por enfermagem, o que revela a falta de interesse dos profissionais em darem visibilidade ao trabalho realizado nos serviços, o que carece de uma mudança de mentalidade e de postura, no sentido de assumir o nosso valor profissional, traçando novos caminhos com vista a uma enfermagem com mérito e capaz de promover ganhos em saúde para a população e para as instituições.

APÊNDICE IX:

PROTOCOLO DE VIGILÂNCIA ATIVA A **MRSA** NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

REVISÃO DO PROTOCOLO DE VIGILÂNCIA ATIVA A MRSA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA (SU)

- **Fatores de risco para realização de rastreio a MRSA, contemplados no anterior protocolo de vigilância ativa do SU:**

Na admissão Hospitalar:		Doentes Vulneráveis ou de Risco:	
- Internamento hospitalar recente		- Estadia prolongada em unidades hospitalares	
- Idosos e residentes em Lar		- Submetidos a vários regimes de terapêutica antibiótica	
- Hemodialisados		- Portadores de doença crónica ou doença imunossupressora	
- Toxicodependentes		- Com soluções de continuidade da pele (ex.: feridas cirúrgicas, úlceras pressão, dermatite)	
- Diabéticos insulínodos dependentes		- Submetidos a técnicas invasivas (ex.: cateter venoso central, algaliação, entubação traqueal)	

Atualização do protocolo com base na norma da Direção Geral de Saúde nº018/2014, acerca da Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por MRSA



- **Fatores de risco para realização de rastreio a MRSA, contemplados no novo protocolo de vigilância ativa do SU:**

Presença de um ou mais critérios admissão SU	
Idosos residentes em lar ou em instituições de cuidados continuados	
História de internamento ou sob regime de antibioterapia nos últimos 6 meses	
Portador de Insuficiência Renal Crónica sob hemodiálise	
Portador de feridas crónica ou/e dispositivos invasivos na comunidade	
Transferência inter-hospitalar, com estadia na anterior unidade hospitalar superior a 48h	
História de colonização prévia com MRSA	

APÊNDICE X:

APRESENTAÇÃO DO PROJETO À EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE
URGÊNCIA

APRESENTAÇÃO DO PROJETO À EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

ESELO
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

5º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica - Vertente Pessoa Idosa

PROJETO
Serviço de Urgência Geral

**A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO POR MRSA
NA PESSOA IDOSA**

A PARCERIA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Orientação:
Prof.ª Idalina Gomes

Enf.ª Verónica Florêncio

Outubro de 2014

ÍNDICE:

1. Identificação do Projeto e Instituições Envolvidas
2. Componente Científica e Formativa
 - 2.1. Justificação e Pertinência do Projeto
 - 2.2. Revisão Crítica da Literatura
3. Plano de Trabalho e Métodos
 - 3.1. Diagnóstico da Situação
 - 3.2. Definição da Finalidade
 - 3.3. Descrição dos Objetivos e Atividades
 - 3.4. Análise de SWOT

INTRODUÇÃO

- Na atualidade, um dos grandes problemas hospitalares é a emergência de bactérias resistentes a antimicrobianos, como é o caso do *Staphylococcus Aureus*, pondo em questão a segurança dos clientes e a qualidade dos cuidados, com elevados custos a nível económico e social.
- O MRSA é responsável pela mais importante causa de IACS em todo o mundo, constituindo um grave problema de saúde pública, com forte repercussão a nível da morbilidade e mortalidade.
- Portugal é um dos países da UE com uma das mais elevadas taxas de infeção por MRSA, pelo se torna imperativo a adoção de medidas de prevenção e controlo de infeção adequadas.

MRSA - *Staphylococcus Aureus* metilino-resistente
IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
UE - União Europeia

ECDC (2013). Annual epidemiological report: Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data 2013. Acedido em 01-07-2014. Disponível em <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/annual-epidemiological-report-2013.pdf>.

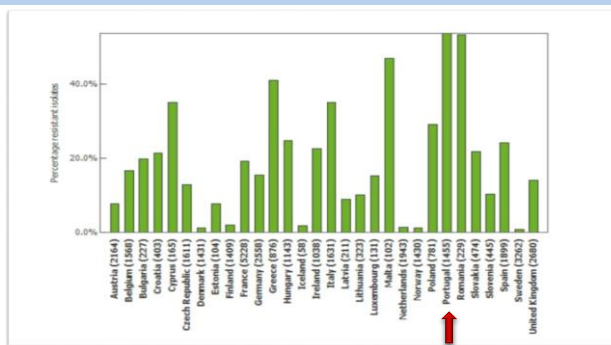
I. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO E INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

- **Título:** A Prevenção da Infecção por MRSA na Pessoa Idosa: A Parceria como Intervenção de Enfermagem
- **Palavras-Chave:** Enfermagem Avançada, Pessoa Idosa, Infecção por MRSA, Intervenções de Enfermagem, Prevenção e Controlo
- **Data do Início:** Setembro de 2014
- **Duração:** 6 Meses
- **INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:**
 - Centro Hospitalar de Setúbal - Serviço Urgência Geral (SUG) e Comissão Controlo Infecção (CCI)
 - Unidade de Cuidados na Comunidade Península Azul Setúbal

MRSA - *Staphylococcus Aureus* metilino-resistente

2. COMPONENTE CIENTIFICA E FORMATIVA

2.1. PERTINÊNCIA DO PROJETO



PERCENTAGEM DE MRSA NA EUROPA 2012

MRSA - *Staphylococcus Aureus* metilino-resistente

Portugal

É um dos 8 países num total de 28 estudados com uma taxa de MRSA superior a 25%

European Centre for Disease Prevention and Control (2013). Annual epidemiological report: Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data 2013. Acedido em 01-07-2014. Disponível em <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/PubPublications/annual-epidemiological-report-2013.pdf>

2. COMPONENTE CIENTIFICA E FORMATIVA

2.1. PERTINÊNCIA DO PROJETO

DGS 2013

Programa de Saúde Prioritário

Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos.

Problemática da PESSOA IDOSA

Grupos Etários	Distribuição Etária	Prevalência de casos de IH e uso de AM					
		Infecção Hospitalar			Uso de Antimicrobianos		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%
< 1 ano	5,3%	52	5,4%	(4,1%;7,7%)	192	19,9%	(17,4%;22,6%)
1-4 anos	1,1%	8	4,0%	(1,7%;7,7%)	107	53,5%	(46,3%;60,6%)
5-14 anos	1,5%	11	4,0%	(2%;7,1%)	135	49,6%	(43,5%;55,7%)
15-24 anos	3,2%	34	5,8%	(4,1%;8,1%)	214	36,8%	(32,8%;40,8%)
25-34 anos	5,9%	48	4,5%	(3,3%;5,9%)	370	34,5%	(31,6%;37,4%)
35-44 anos	7,8%	86	6,1%	(4,9%;7,4%)	575	40,5%	(38%;43,1%)
45-54 anos	10,1%	174	9,5%	(8,2%;10,9%)	815	44,3%	(42,1%;46,6%)
55-64 anos	13,6%	293	11,8%	(10,6%;13,2%)	1102	44,5%	(42,6%;46,5%)
65-74 anos	18,3%	420	12,6%	(11,5%;13,8%)	1564	47,0%	(45,3%;48,7%)
75-84 anos	22,8%	531	12,8%	(11,8%;13,9%)	2083	50,2%	(49,7%;51,7%)
85 ou > 85 anos	10,3%	258	13,8%	(12,2%;15,4%)	1060	56,6%	(54,3%;58,8%)
Total		18199	19,2%	(10,2%;11,1%)	8244	45,4%	(44,6%;46,1%)

DGS (2013). Portugal Controlo da Infecção e Resistências aos Antimicrobianos em números – 2013 Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Acedido em 30-07-2014. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infeccao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2013.aspx>;

DGS – Direção Geral de Saúde
IH – Infecção Hospitalar
AM – Antimicrobianos

2. COMPONENTE CIENTIFICA E FORMATIVA

2.2. REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA

- A maioria das pessoas que adquire MRSA está somente colonizado (30%), mas cerca de 1/3 desenvolve infecção. Os locais de colonização incluem o nariz, garganta, períneo, lesões na pele, e trato urinário.

Peres, D. R. V. (2007). Caracterização Epidemiológica do *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) num Hospital Distrital do Grande Porto e Sua Percepção pelos Profissionais de Saúde. Universidade do Porto, Dissertação de Mestrado. Porto. Disponível no Repositório Aberto da Universidade do Porto

- A colonização nasal de MRSA é um fator de risco para infecção por MRSA no futuro.
- A triagem baseada em fatores de risco pode ser utilizada para diagnosticar colonização por MRSA na admissão.

Torres, K. & Sampathkumar, P. (2013). Predictors of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* colonization at hospital admission. *American Journal of Infection Control*, 41, 1043-1047

MRSA - *Staphylococcus Aureus* metilino-resistente

2. COMPONENTE CIENTIFICA E FORMATIVA

2.2. REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA

- A triagem no rastreio para colonização com MRSA não obteve evidência científica significativa, visto que a sua eficácia irá ser influenciada pelas medidas de precaução, como a higienização das mãos, isolamento de contato, descolonização e tratamento precoce, e controlo ambiental.

Glick, S. S., Sansão, D. J., Huang, E., Cubas, V. Weber, S. & Aronson (2013). Effective Health Care Program: Screening for Methicillin-Resistant *Staphylococcus Aureus*. Executive Summary. *Agency for Healthcare Research and Quality*, 102, 1-20. Acedido em 15/06/2014. Disponível em <http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/228/1551/MRSA-screening-executive-130617.pdf>

- Ao compreender as estratégias preventivas (higienização das mãos e isolamento de contato), os enfermeiros podem diminuir a taxa de mortalidade e os custos de saúde.

Upshaw-Owens, M. & Bailey, C. A. (2012). Preventing Hospital-Associated Infection: MRSA. *Med Surg Nursing*, 21 (2), 77-81

- O isolamento de contato produz eventos adversos não-infecciosos, como a ansiedade e depressão.

Morgan, D., Diekema, D. J., Sepkowitz, K. & Perencevich, E. N. (2009). Adverse outcomes associated with contact precautions: A review of the literature. *Am J Infect Control*, 37(2), 85-93

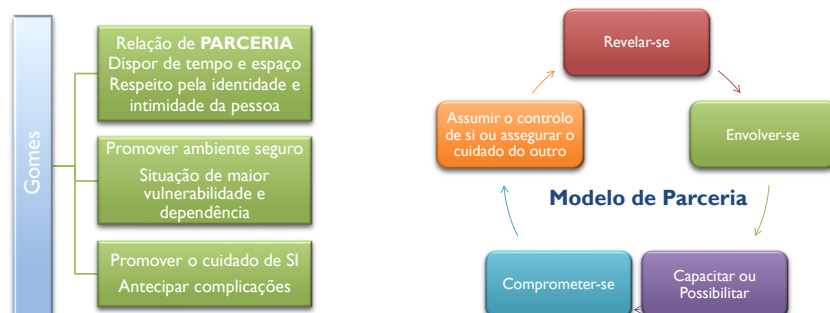
- É importante informar os doentes, promovendo o seu *empowerment* e capacitação.

Duncan, C. P. & Dealey, C. (2007). Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. *British of Nursing*, 16(1), 34-38

2. COMPONENTE CIENTIFICA E FORMATIVA

2.2. REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA

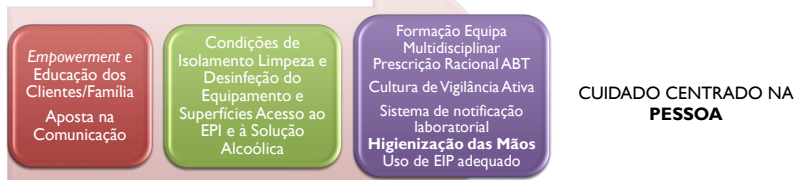
QUADRO DE REFERÊNCIA E CONCEÇÃO DA PRÁTICA DE CUIDADOS



Gomes, I. G. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência

4. RESULTADOS

EPI – Equipamento de Proteção Individual



Seibert, D. J., Speroni, K. G., Oh, K. M., DeVoe, M. C. & Jacobsen, K. H. (2014). Preventing transmission of MRSA: A qualitative study of health care workers' attitudes and suggestions. *American Journal of Infection Control*, 42, 405-411

Noble, D. B. (2009). Patient Education on MRSA Prevention and Management: The Nurse's Vital Role. *Nurses as Educators*, 18(6), 375-378

3. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

3.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

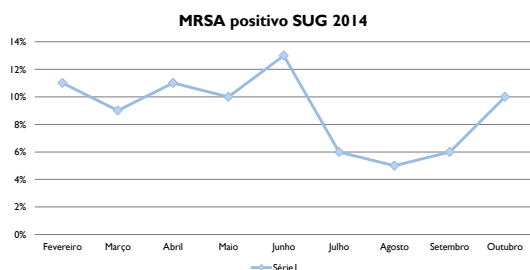
NO SUG DO CHS:

- Aumento da vulnerabilidade da pessoa idosa associado ao seu processo de doença
- Existência de pessoas colonizadas com MRSA, com diagnóstico tardio (4 dias). Até saída do resultado não cumprem o isolamento de contato e muitas já obtiveram alta clínica;
- Ausência de notificação dos casos de colonização com MRSA na comunidade, após a alta hospitalar;
- Elevada ansiedade e insegurança da pessoa idosa e sua família face ao diagnóstico de colonização/infeção por MRSA e ao isolamento de contato necessário;
- Ausência de um planeamento de alta e de uma articulação com os cuidados primários.

SUG – Serviço de Urgência Geral
CHS – Centro Hospitalar de Setúbal
MRSA - *Staphylococcus Aureus* metilicilino-resistente

3. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

3.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO



23% faleceram
36 % Iniciaram tratamento no SUG
41% tiveram alta sem tratamento

MRSA - *Staphylococcus Aureus* metilicilino-resistente
SUG – Serviço de Urgência Geral

3. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

3.2. DEFINIÇÃO DA FINALIDADE

- Desenvolver competências de enfermeira especialista e mestre na área de intervenção da pessoa idosa, no que confere à prevenção e controlo da infeção por MRSA e suas complicações em contexto de internamento em SO, assente num modelo de parceria de cuidados com a pessoa idosa e sua família/cuidador.

MRSA - *Staphylococcus Aureus* metilino-resistente
SO - Serviço de Observação

3. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

3.3. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS E ATIVIDADES

1º OBJETIVO GERAL

- Desenvolver competências como enfermeira especialista na promoção do cuidado de Si à pessoa idosa hospitalizada com MRSA, utilizando a parceria como intervenção de enfermagem.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aprofundar conhecimentos na área das IACS, contextualizando a problemática da infeção por MRSA na pessoa idosa hospitalizada;
- Divulgar o Projeto no SUG do CHS de Setúbal;
- Identificar as necessidades da pessoa idosa utilizando instrumentos de avaliação adequados, de forma a planear e desenvolver intervenções de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e domicílio;
- Implementar intervenções de enfermagem em parceria com a pessoa idosa hospitalizada, que incidam na prevenção e controle da infeção por MRSA, que promovam o cuidado de Si.

3. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

3.3. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS E ATIVIDADES

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

- ✓ Pesquisa bibliográfica
- ✓ Diagnóstico de situação – tratamento dos dados do protocolo MRSA existente no SUG e avaliação do ambiente/recursos disponíveis na promoção de um ambiente seguro
- ✓ Revisão do Procedimento para controlo MRSA-SUG
- ✓ Elaboração do procedimento colheita de exsudado nasal através de zaragatoa no SUG
- ✓ Realização de notas de campo/reflexões sobre as práticas da equipa multidisciplinar
- ✓ Participação no Congresso Internacional : “Prevenir e combater as infeções associadas aos cuidados de saúde” – Coimbra, 25 e 26 de Setembro
- ✓ Participação do simpósio: “O diagnóstico por *Staphylococcus Aureus* com resistência a antibióticos” - 29 Outubro

ATIVIDADES A DESENVOLVER

- ✓ Ação de formação para divulgar o projeto e envolver a equipa de enfermagem, promovendo a reflexão em equipa
 - ✓ Educação para a saúde junto do idoso/família, explicando o diagnóstico, justificando o isolamento, e abordando os cuidados a ter
 - ✓ Realizar estudo de caso através da avaliação multidimensional da pessoa idosa
 - ✓ Avaliação fatores decorrentes do isolamento de contato com influência nas 5 fases do processo de parceria
 - ✓ Investir num sistema de notificação das pessoas colonizadas com MRSA quando são transferidas para a comunidade
-
- ✓ Participação nas **2^{as} jornadas de enfermagem CHS** “Um Olhar reflexivo sobre o (in)visível” - Setúbal, 27 e 28 Novembro :Apresentação de Comunicação Livre
 - ✓ Participação no **Congresso Internacional de Gerontologia e Geriatria** “Envelhecimento Ativo, Saudável e Positivo” - Lisboa (FIL), 5,6 e 7 de Dezembro: Apresentação de Comunicação Livre

2º OBJETIVO GERAL

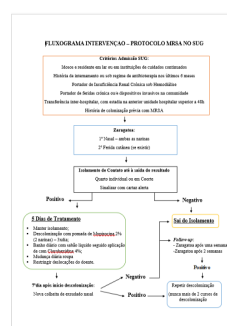
- Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar na prevenção e controlo da transmissão da infeção por MRSA na pessoa idosa hospitalizada.

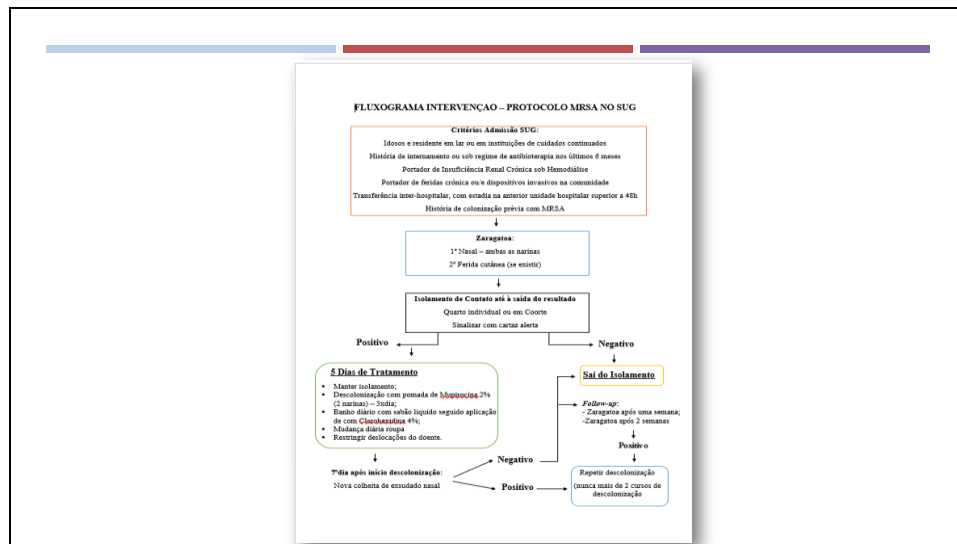
OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar os conhecimentos e as práticas da equipa multidisciplinar referentes à prevenção e controlo da infeção por MRSA na pessoa idosa hospitalizada no SUG;
- Melhorar a resposta da resposta da equipa multidisciplinar às necessidades da pessoa idosa colonizada/infetada com MRSA e sua família, com as consequentes implicações decorrentes do isolamento de contato, tendo por base uma intervenção em parceria;
- Capacitar os profissionais que trabalham na UCC e nos lares em Setúbal para desenvolverem tomadas de decisão que visem a prevenção e o controlo da infeção por MRSA na pessoa idosa;
- Sensibilizar os idosos residentes para a importância da lavagem das mãos, principalmente antes das refeições.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS CHS

- ✓ Melhoria dos equipamentos e limpeza SUG – Solução alcoólica de bolso e em cada unidade do doente, sinalização áreas de risco para limpeza frequente, afixação cartazes
- ✓ Proposta entrada na campanha das mãos CHS 2015
- ✓ Realização folheto informativo
- ✓ Início construção dossier de apoio
- ✓ Apresentação do novo protocolo à enfermeira do CCI, à enfermeira coordenadora do SUG e direção médica do SUG
- ✓ Participação no grupo de trabalho Ébola CCI – Fluxograma de atuação e realização vídeo






Quais os cuidados a ter aquando a Alta?

- Lave as mãos com frequência (depois de ir casa de banho e antes das refeições);
- Cumpra a prescrição médica (tomar os antibióticos até ao fim);
- As pessoas que residem consigo ou que ajudam a cuidar de si devem lavar as mãos com frequência, especialmente antes e depois dos cuidados;
- Cuidados de higiene diários;
- Manter os persos limpos;
- Evite partilhar objetos de uso pessoal, como toalhas, cobertores, lâminas;
- Lave e seque as roupas pessoais e da cama na temperatura mais alta recomendada nas etiquetas;
- Informe todos profissionais de saúde que teve MRSA, sempre que consultar de serviços de saúde.

Higienizar as mãos antes e depois do contato com a pessoa com MRSA é uma medida simples mas muito importante para a proteção e segurança de toda a família.

medidas simples salvam vidas




ESSEL – 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Elaborado por: Verónica Florêncio
Orientado por: Prof.ª Dr.ª Idalina Gomes
Enf.ª Inês Raposo

MRSA

Staphylococcus aureus
Meticilino-Resistente



O QUE DEVE SABER

MRSA

Staphylococcus Aureus Meticilino-Resistente

O que é?

O *Staphylococcus Aureus* é uma bactéria que coloniza a pele e mucosas de cerca de 30% das pessoas saudáveis (mucosa nasal, genital, virilhas e axilas) não desenvolvendo infeção.


Contudo, poderá haver situações em que pode causar infeções graves, de feridas ou sanguíneas e pulmonares. Os sintomas dependerão do tipo de infeção.

Quem está em maior risco?

- Idosos residentes em lares
- Internamento ou toma de antibióticos nos últimos 6 meses
- História prévia de colonização com MRSA
- Insuficientes Renais Crónicos sob Hemodiálise
- Pessoas com feridas crónicas e/ou algalias, sondas para alimentação, e sacos de colostomia.

Como se transmite?

As bactérias MRSA transmitem-se através do contacto com uma pessoa colonizada ou infectada pelas mesmas, ou com objetos e superfícies (cama, roupa, mesas, grades da cama) que alguém com a bactéria tenha tocado.



Pessoas colonizadas tornam-se potenciais transmissores da bactéria para outras pessoas.

Como se trata?

Se estiver apenas colonizado com MRSA, é necessário eliminar esta bactéria da sua pele. O tratamento consiste na aplicação de pomada nasal de Mupirocina (de acordo com indicação médica) e do uso de um gel de Clorexidina para a lavagem corporal e do cabelo, durante 5 dias.


Em caso de infeção será necessária a toma de antibioterapia eficaz, prescrita pelo médico.

O que deve fazer quando visita a pessoa com MRSA?

A pessoa com MRSA necessita de ficar em isolamento de contato de forma a evitar a disseminação da bactéria.

Na visita à pessoa com MRSA deve-se:

- Passar as mãos por solução alcoólica antes da visita;
- Usar luvas, bata ou avental, com a ajuda e supervisão do enfermeiro. Ao sair do quarto, o material de proteção deverá ser descartado e as mãos higienizadas;
- Não contactar com os outros doentes nem com os seus objetos;
- Não se sentar na cama;



3. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

3.3. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS E ATIVIDADES

■ ATIVIDADES A DESENVOLVER NO SUG

- Construção e aplicação questionário à equipa de enfermagem do SUG;
- Aplicação grelha de avaliação de registos de enfermagem;
- Construção e utilização de instrumento de observação das precauções de contato utilizadas pelos profissionais do SUG
- Observação e análise dos registos de enfermagem das pessoas idosas hospitalizadas no SUG do CHS;
- Realização ações de formação em serviço para toda a equipa multidisciplinar acerca de intervenções de prevenção e controlo da infeção por MRSA na pessoa idosa hospitalizada (ponderar envolver voluntários, barbeiro e funcionárias limpeza) - Divulgação dos resultados do questionário e das observações;
- Estabelecer um canal de comunicação entre o SUG e a UCC/lares de idosos



Muito Obrigada!

APÊNDICE XI:

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NO
SERVIÇO DE URGÊNCIA

RESUMO MÍNIMO DE DADOS
SERVIÇO DE URGÊNCIA

1. Identificação

Nome	
Como gosta de ser chamado	
Idade	
Profissão	
Proveniência	
Cuidador Familiar	

2. Antecedentes Pessoais

3. Medicação habitual

4. Avaliação do estado de Consciência

Escala de Glasgow:

Abertura Ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece comandos	6
	Localização dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nenhuma	1

5. Avaliação cognitiva se score de glasgow ≥ 13
MiniMental State:

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____ Em que país estamos? _____

Em que mês estamos? _____ Em que distrito vive? _____

Em que dia do mês estamos? _____ Em que terra vive? _____

Em que dia da semana estamos? _____ Em que casa estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____ Em que andar estamos? _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor”.

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem,

consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar”.

27_ 24_ 21 _ 18_ 15_

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”.

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. “Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____

Lápis _____

b. “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA” _____

c. “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”; dar

a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita_____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve_____

d. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos_____

e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. _____

6. Capacidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação. _____



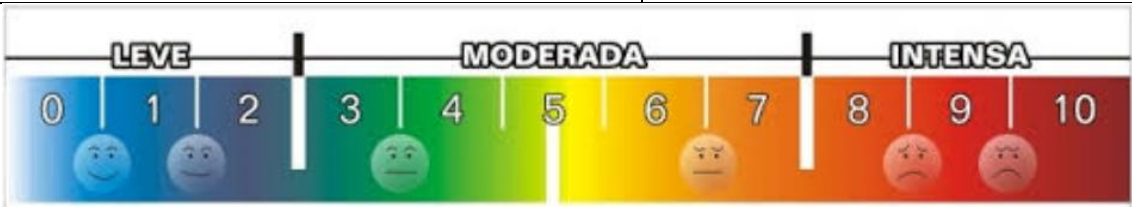
TOTAL(Máximo 30 pontos):_____

6. Avaliação funcional

Índice de Bartlhel:

ITENS	ABVD	Cotação
Alimentação	<u>Independente</u> (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Necessita de ajuda para cortar, levar a boca etc.)	5
	<u>Dependente</u>	0
Vestir	<u>Independente</u> (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	5
	<u>Dependente</u>	0
Banho	<u>Independente</u> (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	5
	<u>Dependente</u>	0
Higiene Pessoal	<u>Independente</u> (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	5
	<u>Dependente</u>	0
Uso da casa de banho	<u>Independente</u> (Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5
	<u>Dependente</u>	0
Controlo intestinal	<u>Independente</u> (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres fá-lo sozinho)	10
	<u>Incontinente ocasional</u> (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres)	5
	<u>Incontinência fecal</u>	0
Controlo vesical	<u>Independente</u> (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho)	10
	<u>Incontinente ocasional</u> (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor)	5
	<u>Incontinente ou algaliado</u>	0
Subir escadas	<u>Independente</u> (Sobe e desce as escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	5
	<u>Dependente</u>	0
Transferência cadeira-cama	<u>Independente</u> (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15
	<u>Necessita de ajuda mínima</u> (Ajuda mínima e supervisão)	10
	<u>Necessita de grande ajuda</u> (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	5
	<u>Dependente</u>	0
Deambulação	<u>Independente</u> (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas)	15
	<u>Necessita de ajuda</u> (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10
	<u>Independente com cadeira de rodas</u> (anda pelo menos 50 metros)	5
	<u>Dependente</u>	0

7. Exame físico: dentição, audição e visão

Pele e Mucosas	
Dentição (uso de prótese)	
Acuidade auditiva (uso de prótese)	
Acuidade visual (uso de óculos)	
Sinais Vitais	
-Tensão Arterial	
-Frequência Cardíaca	
- Temperatura	
- Glicemia capilar (se aplicável)	
Dor (Escala da dor)	
	
Altura (se possível)	
Peso (se possível)	
<p>IMC (se pertinente) = $\frac{\text{Peso}}{\text{Altura} \times \text{Altura}}$</p> <p><16 – Magreza grave</p> <p>16 a < 17 – Magreza moderada</p> <p>17 a < 18,5 – Magreza leve</p> <p>18,5 a <25 – Saudável</p> <p>25 a < 30 – Sobrepeso</p> <p>30 a <35 – Obesidade Grau I</p> <p>35 a <40 – Obesidade Grau II (severa)</p> <p>≥ 40 – Obesidade Grau III (mórbida)</p>	

8. Risco de Queda

Escala de Morse (preencher em alert):

<i>Morse Fall Scale - Versão original</i> ¹³	<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	Pontos
1. History of falling	1. Histórico de quedas	
No	Não	0
Yes	Sim	25
2. Secondary diagnosis	2. Diagnóstico Secundário	
No	Não	0
Yes	Sim	15
3. Ambulatory aid	3. Auxílio na deambulação	
None/Bed rest/Nurse assist	Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
Crutches/Cane/Walker	Muletas/Bengala/Andador	15
Furniture	Mobiliário/Parede	30
4. Intravenous Therapy/Heparin lock	4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
No	Não	0
Yes	Sim	20
5. Gait	5. Marcha	
Normal/Bed rest/Wheelchair	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
Weak	Fraca	10
Impaired	Comprometida/Cambaleante	20
6. Mental status	6. Estado Mental	
Oriented to own ability	Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
Overestimates/forgets limitations	Superestima capacidade/Esquece limitações	15

TOTAL SCORE: _____

Resultado:

0-24 – Baixo Risco

25-44 – Médio Risco

≥45 - Alto Risco

9. Risco de UPP

Escala de Braden (preencher em alert):

Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.					
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.					
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.					
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.					
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasional-mente entre as refeições. Não requer suplementos.					
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.						
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.					Pontuação total				

10.Necessidade de apoio social/domiciliário

APÊNDICE XII:

ESTUDO DE CASO DESENVOLVIDO NA UNIDADE DE CUIDADOS NA
COMUNIDADE



Escola Superior De Enfermagem De Lisboa

5º Curso De Mestrado Em Enfermagem

Área De Especialização Em Enfermagem Médico-cirúrgica

Vertente Pessoa Idosa

ESTUDO DE CASO

A PESSOA IDOSA COLONIZADA COM

STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE NO DOMICILIO

Intervenção de enfermagem na prevenção da infeção

Discente:

Verónica Florêncio n.º5928.

Docente Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Idalina Gomes.

Lisboa, Novembro de 2014

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	03
1. A PESSOA IDOSA COLONIZADA COM MRSA NA COMUNIDADE	04
2. REVELAR-SE: CONHECER A PESSOA IDOSA	05
2.1. Identificação da pessoa idosa	05
2.2. Situação sociofamiliar	05
2.3. Contexto de doença	08
2.4. Avaliação multidimensional	09
2.4.1. Avaliação do estado cognitivo e emocional	09
2.4.2. Avaliação física e sensorial	09
2.4.3. Avaliação da capacidade funcional	10
2.5. Impacto da doença na pessoa idosa e sua cuidadora	11
3. ENVOLVER-SE	11
4. CAPACITAR OU POSSIBILITAR	13
5. COMPROMETER-SE: PLANO DE CUIDADOS	14
6. ASSEGURAR OU ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI OU DO OUTRO: AVALIAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	23
CONCLUSÃO / REFLEXÃO	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
ANEXOS	
I. <i>Mini Mental State Examination</i>	
II. <i>Clinical Dementia Rating</i>	
III. Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage	
IV. Escala de <i>Braden</i>	
V. Escala de Lawton e Brody	
VI. Índice de <i>Barthel</i>	
VII. Mini Nutricional Assessement	
VIII. Escala de <i>Holden</i>	
IX. Escala <i>Morse</i>	
X. Índice de avaliação das dificuldades do cuidador – CADI	

INTRODUÇÃO

Este trabalho está integrado no estágio que me encontro a realizar na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), tendo como objetivo o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista e perita na área da saúde da pessoa idosa. É meu intuito conhecer, refletir, analisar e descrever profundamente a situação em estudo, vivenciada em contexto real, de forma a promover tomadas de decisão responsáveis e partilhadas com a pessoa idosa e família, visando a resolução dos problemas identificados.

Para suportar o presente estudo de caso foi utilizado o modelo conceptual de Gomes (2013), considerando as fases: revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se, e assumir o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do outro promovendo a adaptação da pessoa à sua situação de doença e estimulando o desenvolvimento de competências pessoais que lhe permitam decidir no sentido da melhoria da sua qualidade de vida, conferindo-lhe *empowerment* e capacidade de gestão do seu processo de vida e de doença. Urge neste estudo assumir a pessoa como central, tornando-se o fio condutor na prestação de cuidados, onde o poder é partilhado, a ação conjunta e o objetivo comum, pois embora o enfermeiro e a pessoa tenham papéis diferentes, estes complementam-se, sentindo-se cada um parceiro de um mesmo projeto (Collière, 1999; Gomes, 2013).

A recolha de informação foi realizada através da observação participante e da entrevista semi-dirigida, assente num instrumento de recolha baseado na avaliação multidimensional da pessoa idosa.

O estudo de caso foi dedicado ao Sr. J.P. que se encontrava no seu domicílio, com história de alta há 1 dia do Serviço de Medicina Interna. Este teve alta clínica em situação de colonização por MRSA, encontrando-se no 2º dia de tratamento de descolonização. A UCC foi acionada através da equipa de gestão de altas, para realização de visita domiciliária, mediante a necessidade de realização de penso a úlcera cutânea.

É de referir que a colheita de dados foi realizada com o consentimento da pessoa em estudo, tendo sido utilizada uma identificação fictícia, salvaguardando-se assim os princípios éticos, como a confidencialidade e o anonimato dos vários intervenientes.

1. A PESSOA IDOSA COLONIZADA COM MRSA NA COMUNIDADE

A pessoa idosa aquando a alta hospitalar encontra-se numa situação de vulnerabilidade e fragilidade, mediante a situação de doença que vivenciou e as potenciais alterações cognitivas, físicas, psicológicas e familiares que esta pode ter motivado. Esta situação é agravada quando a pessoa idosa e seu cuidador se vem confrontados com o diagnóstico de colonização com MRSA, e com a alta hospitalar ainda em processo de tratamento. Muitas são as preocupações, as questões, e as inseguranças presentes.

Para uma efetiva política de prevenção e controlo da infeção é necessário uma adequada articulação entre o hospital e as unidades de saúde na comunidade, de forma a assegurar a segurança do doente e a qualidade dos cuidados, prevenindo acontecimentos adversos e promovendo o seu bem-estar.

Neste sentido, é importante apostar na continuidade de cuidados, pois tal como mencionado na norma nº018/2014 da Direção Geral de Saúde (DGS), acerca da Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Metilina (MRSA) a colonização por MRSA não constitui indicação para não dar alta hospitalar ao doente, antes de completar a descolonização (DGS, 2014).

Esta realidade exige dos profissionais de saúde da UCC respostas adequadas às necessidades das pessoas idosas colonizadas com MRSA no domicílio, sendo fundamental o desenvolvimento de conhecimentos e competências para gerir estes casos, no sentido de prevenir a disseminação deste microrganismo, tornando-se agentes de mudança e melhoria.

O sistema de saúde tem que incidir na prevenção das doenças e basear-se na comunidade e nas pessoas, no *empowerment* dos cidadãos e na sua literacia da saúde, promovendo uma transição cultural de um puro paternalismo médico para uma parceria responsável (Crisp et al, 2014). É necessário esbater as fronteiras entre os cuidados hospitalares e aqueles prestados na comunidade, assumindo as pessoas como parceiras na promoção da sua saúde e nos cuidados de saúde, participando nos processos de decisão, o que conduz a uma melhor adesão ao tratamento e, em alguns casos a ganhos de saúde quantificáveis. Os cuidados de saúde devem ser partilhados com as pessoas, pois estas são “especialistas da sua própria saúde” (Crispe et al, 2014,p.61). Doentes bem informados, apoiados e empoderados servem tanto os interesses deles próprios como de nós profissionais de saúde.

2. REVELAR-SE: CONHECER A PESSOA IDOSA

Esta fase caracteriza-se pelo conhecimento da pessoa idosa, como ser de projeto e de cuidados, demonstrando respeito e afetividade. O enfermeiro esforça-se por conhecer a identidade, os valores, a cultura, e o contexto social e familiar da pessoa idosa, compreendendo o acontecimento de doença e o seu significado.

(Gomes, 2013)

Neste sentido passo a apresentar o Sr. J. P. e a história de vida que aceitou revelar. Este momento decorreu na casa do senhor, onde me desloquei juntamente com o enfermeiro da UCC, para realização de tratamento a úlcera cutânea. Estabeleceu-se ao longo das várias visitas uma relação de compromisso, empática e compreensiva.

2.1. Identificação da pessoa idosa

Nome: J. P. S., prefere ser chamado por J.P.

Idade: 77 anos, sexo masculino, biótipo humano branco

Naturalidade: Setúbal

Residência: Setúbal, vive com a sua esposa

Profissão: Comerciante de peixe

Habilitações literárias: 4ª Classe

Hábitos Religiosos: Católico, mas não praticante

2.2. Situação sociofamiliar

Estado civil: Casado

Pessoa significativa/Cuidador: Esposa

Pessoa com quem habita: Esposa

Apoio domiciliário: Empresa de cuidados domiciliários

Condições habitacionais: Moradia térrea, em bom estado de conservação e com condições sanitárias adequadas. Apresenta no jardim alguns lancis e zonas de declives.

Recursos económicos: Reformado, com vencimento que suporta as despesas vigentes

Ocupações: Ver televisão, jogar jogos, conviver com os amigos e família

O Sr. J.P. possui 6 irmãos, 4 irmãos já falecidos, e 2 irmãs a residir longe, com quem tem pouco contacto. Sofreu o falecimento do seu pai aos 7 anos de idade, e da sua mãe aos 8 anos de idade, ficando desde essa idade ao cuidado da sua irmã mais velha.

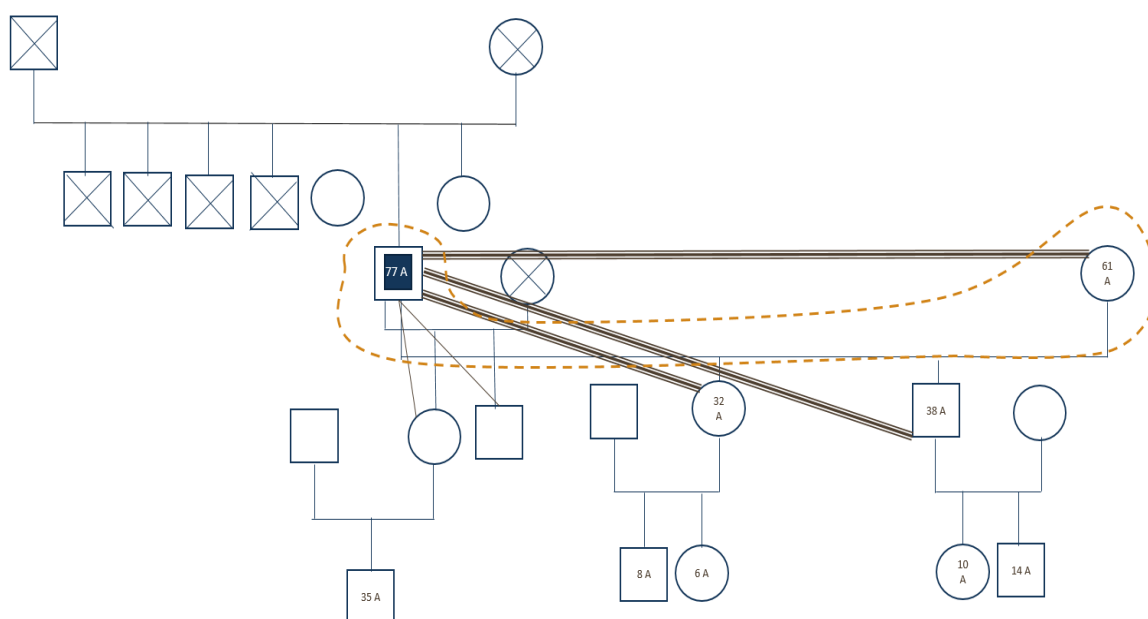
Quando atingiu a adolescência diz ter sido muito «namoradeiro». Casou pela 1ª vez aos 20 anos e teve 2 filhos, tendo a sua esposa falecido quando o Sr. J.P. tinha 29 anos, ficando posteriormente a viver com a sogra mais os seus dois filhos. Aos 38 anos conhece a sua atual mulher, tendo casado pela 2ª vez, esta 16 anos mais nova, com quem teve mais 2 filhos, com os quais tem uma relação de grande carinho e proximidade. Atualmente tem pouco contacto com os seus 2 primeiros filhos, por problemas familiares e por estes residirem em Lisboa.

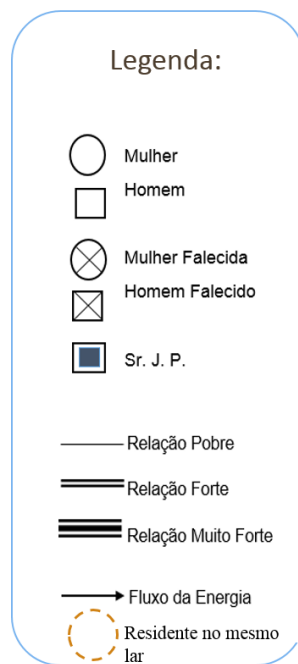
O Sr. J.P. tem uma reforma que segundo o próprio dá para fazer face às despesas, como a alimentação, medicação e produtos de higiene. Quem gere o seu dinheiro é a sua esposa, referindo-o com grande confiança.

➤ Genograma e Ecomapa

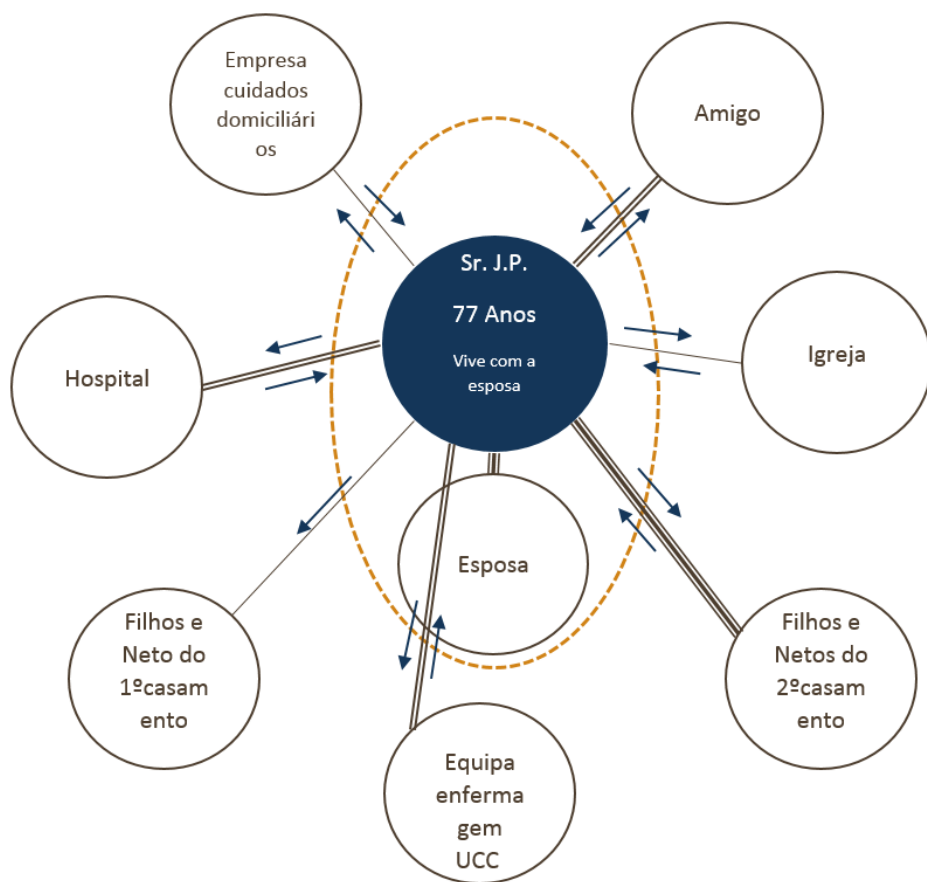
Na elaboração do genograma e do ecomapa contei com a colaboração da sua esposa para uma colheita de dados mais completa.

ECOMAPA





GENOGRAMA



2.3. Contexto de doença

➤ Antecedentes Pessoais:

- Hipertensão;
- Hiperuricemia e Dislipidemia;
- Doença Renal Crônica com rim único à esquerda, seguido em Urologia (cistite em 2013);
- Amputação em Agosto de 2013 pelo 1/3 superior da perna esquerda devido a isquemia por insuficiência venosa;
- Internamento em Setembro de 2014 por insuficiência renal aguda e infecção do coto;
- Internamento com alta a 13/11/2014 por AVC isquêmico do hemisfério direito, com hemiparesia esquerda. Foi detectado colonização com MRSA no 4º dia de internamento aquando a alta. Veio medicado para o domicílio.

➤ Terapêutica no domicílio:

<i>Fármacos</i>	<i>Posologia</i>	<i>Indicação Terapêutica</i>
Trental 400mg	1cp PA-ALM-JT	Doença Arterial Periférica Úlcera de perna
Copalia 5/160mg	1cp PA	Hipertensão Arterial
Mirtazapina 30mg	1cp PA	Síndromes Depressivas
Pradaxa 110mg	1cp ALM	Prevenção AVC
Tansulosina 0,40mg	1cp JT	Hiperplasia Benigna da Próstata
Sinvastatina 20mg	1cp JT	Dislipidemia
Alopurinol 300mg	1/2cp JT	Hiperuricemia
Lyrica 75mg	1cp PA	Dor Neuropática

2.4. Avaliação Multidimensional

2.4.1. Avaliação do estado cognitivo e emocional

De forma a avaliar o estado cognitivo foi aplicado o *Mini Mental State Examination*, obtendo-se um score de 26/30, que revela um défice cognitivo ligeiro (Anexo I). As maiores dificuldades apuradas centram-se na capacidade construtiva, de evocação e da orientação temporal.

O Sr. J.P. referiu no seu discurso «sei que estou esquecido, a minha cabeça já não é o que era...». Neste sentido foi aplicado a *Clinical Dementia Rating*, que evidenciou **demência ligeira**, com score de 1 (Anexo II).

No discurso apurou-se algumas ideias negativas e pessimistas em relação à sua situação de saúde e ao futuro, referindo «não vejo o meu futuro muito risonho... por vezes sinto-me um fardo, um inútil». Por apresentar este discurso depressivo optei por aplicar a escala de depressão geriátrica de *Yesavage* (versão curta), que confirmou a presença de **depressão ligeira** (score 9) (Anexo III)..

2.4.2. Avaliação física e sensorial

➤ Dia 17 Novembro de 2014:

- Cabelo grisalho, idade real de acordo com idade cronológica
- **Fala:** Sem alterações.
- **Visão:** Pupilas isocóricas e normoreativas, com acuidade visual diminuída. Usa óculos desde os 48 anos.
- **Audição:** sem alterações.
- **Pele:** Corada e hidratada. Apresenta úlcera a nível do coto do membro inferior esquerdo, sob tratamento com Inadine. Apresenta **alto risco de desenvolvimento de úlceras por pressão**, com um score de 14 na Escala de *Braden* (Anexo IV).
- **Dor:** Sem queixas álgicas.

2.4.3. Avaliação da capacidade funcional

Na avaliação das **atividades instrumentais da vida diária** utilizei a escala de *Lawton e Brody*, com obtenção de um score de 1, equivalente a **dependência total**, sendo apenas autónomo na utilização do telefone (Anexo V). Para avaliação das **atividades de vida diárias**, recorri ao índice de *Barthel*, visto ser o único validado para a população portuguesa, com uma pontuação de 25, que traduz uma **dependência severa**, sendo apenas independente na alimentação (Anexo VI).

➤ Necessidades Básicas de Vida Diárias

- **Alimentação:** Fez 4 refeições diárias, embora normalmente ingira ½ dieta por anorexia. Não ingere lacticínios diariamente. Refere perda ponderal de 3Kg recentemente. IMC de 24,1. Encontra-se sob **risco de desnutrição**, segundo *Mini Nutricional Assessement* (classificação 15/30) (Anexo VII). O seu prato preferido diz ser migas com entrecosto.
- **Banho e Vestir:** O Sr. J. P. dispõe da ajuda da esposa e da equipa de cuidados domiciliários diariamente. Possui uma cadeira de banho que entra dentro da base de duche, mas revela medo de cair. Necessita de ajuda para se lavar e para se vestir e despir.
- **Uso da Casa de Banho:** Necessita de ajuda nas transferências para a sanita e para limpar-se e ajustar a roupa.
- **Controlo vesical:** Incontinente, com uso de absorvente durante 24h.
- **Controlo intestinal:** Contínente e sem alterações do trânsito intestinal.
- **Deambulação, Subir Escadas e transferência cadeira-cama: Marcha Ineficaz**, com uma pontuação de 0 na escala de *Holden* (Anexo VIII). Circula em cadeira de rodas. Necessita de ajuda nas transferências. Refere medo de cair. Possui história de 2 quedas recentes da cadeira de rodas no quintal (último mês). Apresenta **médio risco de queda**, com um score de 35 na escala *Morse* (Anexo IX).

2.5. Impacto da doença na pessoa idosa e sua cuidadora

Após a amputação, o Sr. J.P. ficou mais dependente, mas ainda se encontrava com os amigos e mantinha algumas atividades recreativas. Contudo há medida que o tempo foi passando teve que abandonar as idas ao café que tanto gostava e o animava, porque a proprietária referia «dar má imagem do café, um homem em cadeira de rodas, amputado». Esta foi uma revelação que me deixou sensibilizada, mediante a angústia presente nas suas palavras, e o impacto provocado no seu projeto de vida.

Muitos foram os desafios físicos superados pelo Sr. J.P após a amputação, contudo ainda não se sentia totalmente recuperado psicologicamente, pois ver a sua nova imagem corporal ainda era «terrível». Para agravar este facto, sofreu um AVC pouco tempo depois, o que o deixou mais debilitado, e despoletou uma serie de novas necessidades. Esta doença implicou assim um maior grau de dependência, promovendo sentimentos depressivos, face às limitações funcionais que sentia, com diminuição da autoestima. Para além desta situação o senhor e sua esposa viram-se também confrontados com a presença de colonização nasal por MRSA, no dia que regressariam para sua casa, transformando um dia que se desejava ser de tranquilidade e esperança, numa situação ameaçadora e estranha. Apesar dos ensinamentos realizados pelo médico e o enfermeiro do hospital, o Sr. J. P. e sua esposa referiam que muito ficou por explicar, o que promoveu sentimentos de isolamento e incompreensão, perante a necessidade de privação do contacto com os seus filhos e netos aconselhada. A alta hospitalar do Sr. J. P. para o domicílio, ainda colonizado com MRSA, foi assim gerador de ansiedade e insegurança face aos procedimentos a adotar.

3. ENVOLVER-SE

Há nesta fase um desenvolvimento de uma relação de qualidade e confiança entre o enfermeiro e a pessoa idosa, conferindo tempo e espaço para estar e escutar a pessoa, demonstrando competência técnica e relacional.

Através deste envolvimento o enfermeiro acede às preocupações, necessidades e potencialidades da pessoa idosa, compreendendo o que a motiva e dá sentido à sua vida.

(Gomes, 2013)

Através da relação de parceria estabelecida consegui aceder ao mundo particular de significações e sentimentos do Sr. J.P e de sua esposa, a partir da qual consegui compreender o que dá sentido à vida. Segundo o próprio «gostava de ver os meus netos crescerem e de voltar a andar... é esse o meu projeto de vida...», animando-o e conferindo-lhe esperança.

O seu **principal medo é morrer** e deixar a sua esposa sozinha, afirmando «a nossa vida só faz sentido juntos». A esposa chorava ao seu lado, perante a afirmação. Dá-se uma partilha de sentimentos, numa relação aberta e dotada de tempo.

Numa das visitas a sua casa, a esposa segredou comigo que se sentia angustiada com a possibilidade de morte do seu marido, não aceitando a deterioração crescente do seu estado de saúde. Preocupava-lhe a sua condição de saúde e as suas novas necessidades que lhe exigiam resiliência e capacidade de resposta.

Foram várias as necessidades e dificuldades expressas pelo Sr. J.P. e sua esposa, encontrando-se em baixo indicadas.

- Necessidades Expressas pela pessoa idosa e cuidador
 - Informação acerca da colonização por MRSA
 - Cuidados a ter para prevenir infeção por MRSA
 - Tratamento de enfermagem da úlcera do coto
 - Incontinência urinária
 - Vida social
- Dificuldades expressas pela pessoa idosa
 - Mobilidade
 - Cuidados de higiene
 - Vestir e despir
 - Aceitar a sua nova imagem corporal
- Dificuldades expressas pelo cuidador
 - Períodos de esquecimentos frequentes do Sr. J.P.
 - História de quedas recentes do Sr. J.P.
 - **Exigências de ordem física da prestação de cuidados, reações prestação de cuidados e problemas financeiros** (Índice de avaliação das dificuldades do cuidador – **CADI**) [Anexo X].

4. CAPACITAR E POSSIBILITAR

O enfermeiro desenvolve uma ação informada, esclarecida, reflexiva e negociada com a pessoa idosa, com base numa ação conjunta e partilhada de poder, de forma a transformar capacidades potenciais em reais. Nesta fase importa também capacitar a família para cuidar da pessoa idosa, num assumir do cuidado que a pessoa devia de ter consigo própria, antecipando complicações e promovendo o conforto e bem-estar.

(Gomes, 2013)

Nesta fase foi minha preocupação, face ao conhecimento profundo da pessoa idosa e à avaliação multidimensional já realizada, levantar os problemas presentes de forma a delinear uma estratégia de intervenção eficaz, promotora da trajetória de vida do Sr. J.P. e sua esposa.

Após conversa com a cuidadora familiar e com o Sr.º J.P. percebo que os principais problemas identificados pelos dois são o risco de infeção por MRSA mediante a falta de conhecimento acerca deste agente, a presença de úlcera cutânea a nível do coto cirúrgico da perna esquerda que exige cuidados específicos de enfermagem; o risco de queda associado ao uso de cadeira de rodas, principalmente no exterior da casa; a incapacidade de autocuidado (vestir e despir e banho) relacionado com aumento progressivo da dependência física e funcional, e a incontinência urinária, com uso de absorvente 24h/dia. A cuidadora familiar identifica ainda outros dois problemas, as alterações frequentes da memória, com períodos de desorientação temporal, e a anorexia, mediante a diminuição da ingestão alimentar, aspetos que carecem de uma intervenção atempada e adequada.

Mediante os problemas identificados deu-se início a um processo de negociação com o Sr. J.P e sua esposa, com base no diálogo e na partilha de informações e conhecimentos, de forma a promover o cuidado de Si, a autonomia e o conforto. Importa antecipar complicações, pelo que tentei envolver o Sr. J.P. e sua cuidadora no plano de cuidados a delinear desde o seu início, percebendo as suas capacidades atuais e aquelas com potencialidade de se transformarem em reais, capacitando a cuidadora para as atividades que este não consegue realizar, assegurando o cuidado que o Sr. J.P. deveria de ter consigo próprio, mediante a realização de ensinamentos e o acompanhamento da prestação dos cuidados.

Com base nos principais problemas identificados em parceria com o Sr. J.P. e sua esposa foi delineado um plano de cuidados personalizado e coerente com as necessidades e com os recursos do contexto domiciliário, assegurando a implementação de intervenções de enfermagem individualizadas.

5. COMPROMETER-SE: PLANO DE CUIDADOS

Esta fase traduz-se num esforço conjunto para atingir os objetivos traçados, assegurando a continuação do projeto de vida e de saúde da pessoa idosa. O enfermeiro ajuda a suportar o compromisso que a pessoa faz tendo em conta o que faz sentido para si.
(Gomes, 2013)

De forma a possibilitar o cuidado Si, pelo Sr. J.P e sua cuidadora familiar foi elaborado um plano de cuidados, abaixo esquematizado, no qual se enumera os principais problemas identificados, enquanto diagnósticos de enfermagem, as intervenções de enfermagem realizadas e os compromissos assumidos em parceria com a pessoa idosa e sua cuidadora familiar, agindo mediante os princípios éticos e os pressupostos da eficácia terapêutica.

Neste estudo de caso a cuidadora familiar foi também alvo de cuidados por parte da UCC, não só pelos cuidados que presta ao seu marido, como também pela importância de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, garantindo o cuidado de Si mesma, para que possa assegurar o cuidado do Outro, seu marido, mantendo o seu projeto de vida ativo. O presente plano de cuidados foi delineado recorrendo à taxonomia NANDA, NIC, NOC, de forma a identificar, planear e realizar intervenções de enfermagem (Johnson et al, 2009).

Foco: Colonização por MRSA

Problema:

1) RISCO DE INFEÇÃO POR MRSA

Diagnóstico de Enfermagem

Risco de infecção por MRSA, manifestado por colonização nasal de MRSA, presença de úlcera a nível do coto do membro inferior esquerdo, e história de internamento e antibioterapia recente.

Meta:	Intervenções de Enfermagem	Compromissos
➤ Prevenir a infeção por MRSA	<ul style="list-style-type: none">• Informar o Sr. J.P e sua esposa acerca das características da bactéria, esclarecendo todas as questões, nomeadamente em relação ao diagnóstico hospitalar tardio.• Realizar ensino à esposa do Sr. J.P. e às funcionárias da empresa de apoio domiciliário acerca dos cuidados a ter para prevenir a infeção por MRSA, abordando a importância de:<ul style="list-style-type: none">-Utilizar luvas no contacto com o Sr. J.P.;-Utilizar avental na prestação dos cuidados de higiene ao Sr. J.P.;-Higienizar as mãos sempre antes e após o contacto com o Sr. J.P.-Cumprir o tratamento prescrito, explicando-o;• Fornecer um folheto informativo sobre o MRSA, orientado a prática de cuidados;• Disponibilizar solução alcoólica, aventais e luvas;• Informar acerca da necessidade de se restringir as visitas nos períodos de tratamento;• Sensibilizar a esposa a usar luvas para prestar cuidados ao Sr. J. P. e higienizar as mãos antes e depois – fornecer solução alcoólica.• Realizar o penso do coto 3x semana, de forma a manter-se limpo e íntegro.• Supervisionar o cumprimento do regime terapêutico.	<p>➤ <u>Com o Sr.J.P. e sua cuidadora:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Higienização das mãos frequente;• Cumprimento do regime terapêutico;• Realização de cuidados de higiene diários;• Não partilha de objetos pessoais;• Manutenção dos lençóis limpos e secos;• Informar sempre as unidades de saúde da história de colonização sempre que a estas recorra. <p>➤ <u>Com a cuidadora:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Tratamento a altas temperaturas da roupa pessoal e da cama.

Foco: Cair

Problema:

2) RISCO DE QUEDA

Diagnóstico de Enfermagem

Risco de Queda relacionado com o uso de cadeira de rodas, principalmente no exterior da casa.

Meta:

➤ **Que o Sr. J.P. não apresente nenhum episódio de queda.**

Intervenções de Enfermagem

- Realizar ensino à esposa do Sr. J.P. para a importância de:
 - Minimizar os riscos ambientais, colocando rampas no exterior da casa para que o Sr. J.P. consiga descer os lancis com a cadeira de rodas. Retirar tapetes dos locais de passagem, como os corredores e as áreas comuns, e melhorando a sua iluminação de teto;
 - Retirar os tapetes do quarto do Sr. J.P., e baixar as prateleiras com os seus livros e objetos pessoais;
 - Realizar o levante de forma lenta, avaliando a presença de tonturas;
 - Colocar o telefone e os lenços de papel sempre à mão enquanto permanece só, no seu quarto;
 - Manter a cama num nível baixo e colocar proteções nos cantos das mesas-de-cabeceira;
- Fazer ensino ao Sr. J.P e sua família acerca das vantagens em realizar fisioterapia e atividades físicas, proporcionando exercícios ativos e passivos de amplitude de movimento.
- Avaliar a dor e o risco de queda frequentemente.
- Sugerir à família a instalação de barras de apoio na casa de banho de forma a prevenir quedas.
- Aconselhar o uso de óculos graduados, e de óculos de sol quando sai para o exterior.

Compromissos

➤ **Com o Sr.J.P. e sua cuidadora:**

- Ter sempre lenços à mão quando permanecer só;
- Usar óculos de sol sempre que sai para o exterior;
- Iniciar fisioterapia;
- Colocar uma rampa no exterior da casa, para poder descer os lancis em cadeira de rodas;
- Instalação de barras de apoio no WC.

➤ **Com a cuidadora:**

- Retirar os tapetes do quarto do Sr. J.P. e a baixar as prateleira;
- Manter cama nível baixo.

Foco: Confusão mental

Problema:

3) ALTERAÇÃO DA MEMÓRIA E DESORIENTAÇÃO TEMPORAL

Diagnóstico de Enfermagem

Processos do Pensamento Perturbados, manifestado por desorientação temporal e alterações da memória.

Meta:	Intervenções de Enfermagem	Compromissos
<p>➤ Reduzir os episódios de desorientação no tempo.</p> <p>➤ Melhorar a capacidade para recuperar cognitivamente e relatar informações anteriormente armazenadas.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar de forma sistemática o estado de orientação do Sr. J.P., em cada visita domiciliária.• Sugerir a colocação de um calendário e um relógio na sala e no quarto, de forma a ficar bem visível, com números grandes. Agendar com o Sr. J. P. as idas a sua casa no calendário.• Fornecer-lhe um bloco para escrever os acontecimentos recentes, de forma a consultar em caso de esquecimento.• Incentivar a esposa a orientar o Sr. J.P. para a realidade, informando-o do dia, e das tarefas a realizar ao longo do mesmo.• Manter um ambiente calmo evitar perguntas às quais se saiba que ele não consegue responder.• Sugerir à esposa a aquisição de jogos de memória, de forma a promover a capacidade cognitiva do Sr. J.P., aproveitando os momentos em família para jogar.	<p>➤ <u>Com o Sr.J.P. e sua cuidadora:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Usar um bloco para anotação de informações importantes;• Afixar um relógio e um calendário com os números legíveis;• Aquisição de jogos de memória.

Problema: Autocuidado Banho e Vestir/Despir

4) DÉFICE NO AUTOCUIDADO PARA O BANHO E PARA O VESTIR-SE/DESPIR-SE

Diagnóstico de Enfermagem

Défice no autocuidado para o banho e para o vestir-se/despir-se relacionado com a hemiparesia esquerda associada ao AVC e com o facto de ser amputado a nível da perna esquerda, manifestado pela incapacidade de lavar a totalidade do corpo e de se vestir sem ajuda

Meta:	Intervenções de Enfermagem	Compromissos
<p>➤ Promover a autonomia do Sr. J.P. naquilo que consegue fazer na tarefa do banho e do vestir-se/despir-se.</p> <p>➤ Que o Sr. J.P. consiga terminar a tarefa</p>	<ul style="list-style-type: none">• Realizar ensinios às funcionárias da empresa de cuidados domiciliários acerca da importância de:<ul style="list-style-type: none">- Envolverem a esposa nos cuidados, quando presente;- Manter os hábitos e rotinas de vida anteriores à situação de doença (hora do dia que costumava tomar banho, temperatura da água, presença ou não de música, produtos de higiene preferidos);- Proporcionar um ambiente calmo e sem pressas, dando tempo para concluir a tarefa, fomentando a autonomia do Sr. J.P., dando ânimo quando se vê confrontado com problemas, e ajudando naquilo que ele não consegue fazer. Falar de forma calma e assertiva, explicando o que vai ser feito;- Ser sempre os mesmos elementos a ajudar nesta atividade, de forma a manter a confiança do Sr. J.P. nos profissionais, fundamental para o seu bem-estar;- Recordar ao longo da tarefa os passos a realizar, auxiliando-o naquilo que não consegue fazer, como lavar os membros, as costas e a região genital, e incentivando-a lavar a região do tórax e abdómen.- Dar a possibilidade do Sr. J.P. escolher a roupa que quer vestir.• Sugerir à família a instalação de barras de apoio na casa de banho e a aquisição de equipamento adaptado, como luvas de banho e vestuário com presilhas de velcro. Incentivar o Sr. J.P. a fazer exercícios específicos para estimulação do membro superior esquerdo, a par com a fisioterapeuta da UCC.	<p>➤ <u>Com o Sr. J.P. e sua cuidadora:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Ajudar na tarefa do banho e do vestir/despir, nos passos que consegue realizar. <p>➤ <u>Com a cuidadora:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Instalação de barras de apoio na casa de banho e aquisição de luvas de banho e vestuário com presilhas de velcro;• Permitir e estimular o Sr. J.P a escolher o seu vestuário diariamente;• Ajudar nalguns passos do banho e do vestir/despir. <p>➤ <u>Com as funcionárias da empresa de apoio domiciliário:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Envolver a esposa na tarefa do banho ao Sr.J.P;• Realizar o banho cerca das 9h, hora que sempre tomou banho;• Promover a autonomia do Sr.J.P. possibilitando a sua colaboração, como a lavagem da face, torác e abdómen, dando tempo e evitando a substituição.

Foco: Úlcera por pressão

Problema:

5) ÚLCERA CUTÂNEA A NÍVEL DO COTO DA PERNA ESQUERDA E ELEVADO RISCO DE UPP

Diagnóstico de Enfermagem

Integridade da pele prejudicada, relacionado com elevado grau de dependência, manifestado por úlcera a nível do coto da perna esquerda.

Risco de UPP, relacionado com elevado risco identificado pela escala de *Braden*.

Meta:	Intervenções de Enfermagem	Compromissos
<p>➤ Que a úlcera do coto da perna esquerda cicatrize.</p> <p>➤ Que o Sr. J.P. mantenha a integridade cutânea, e não desenvolva UPP.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Realizar ensino à esposa do Sr. J.P, e às funcionárias da equipa de cuidados domiciliários acerca da importância de aplicar creme hidratante diariamente após os cuidados de higiene e vitamina A nas regiões que se apresentem maceradas.• Incentivar o Sr. J.P. a não permanecer todo o dia na cadeira de rodas, promovendo transferências para o cadeirão ou para a cama, alternando decúbitos.• Incentivar o Sr. J.P. a adquirir uma almofada anti escaras para a cadeira de rodas, e ponderar a aquisição de um colchão anti-escaras.• Realizar o penso do coto 3x semana. Se existência de exsudado purulento optar por realizar zaragatoa.• Aplicar creme hidratante nos membros inferiores aquando as visitas domiciliárias e vigiar as regiões de maior risco (trocanteres, sagrada, calcâneo direito).• Promover a mudança frequente do absorvente junto da esposa, de forma a prevenir a humidade na pele.• Incentivar o Sr. J.P. a realizar exercícios físicos simples e a circular com a cadeira de rodas pela casa e pelo jardim.• Monitorização da dor.	<p>➤ <u>Com o Sr. J.P., sua cuidadora e funcionárias da empresa de apoio domiciliário:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Aplicação de creme hidratante após os cuidados de higiene e sempre que necessário (ex. mudanças do absorvente);• Alternar a cadeira de rodas com o cadeirão e a cama ao longo do dia;• Mobilizar os membros e circular com a cadeira de rodas pelo interior ou exterior da cama, promovendo passeios no jardim do bairro;• Manter o penso limpo e seco. <p>➤ <u>Com a cuidadora:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Aquisição de almofada anti escaras para a cadeira de rodas

Foco: Malnutrição

Problema:

6) RISCO DE DESNUTRIÇÃO

Diagnóstico de Enfermagem

Nutrição Desequilibrada: Menos do que as necessidades corporais, relacionado com anorexia, manifestado pela perda de peso recente e pelo risco de desnutrição evidenciado no *Mini Nutritional Assessment*.

Meta:	Intervenções de Enfermagem:	Compromissos
➤ Que o Sr. J.P. melhore o seu estado nutricional, aumentando o seu peso, promovendo a ingestão diária de uma porção de todos os grupos alimentares.	<ul style="list-style-type: none">• Programar uma visita domiciliária com a nutricionista da UCC, após tratamento de descolonização, de forma a elaborar um plano alimentar em função das necessidades e preferências do Sr. J.P.• Incentivar a esposa a permitir que o Sr. J.P. escolha a dieta juntamente consigo, de forma partilhada, mantendo o equilíbrio entre o que são as suas preferência e hábitos alimentares, e as suas necessidades, responsabilizando-a• Realizar ensino à esposa do Sr. J.P. acerca da importância de:<ul style="list-style-type: none">- Adquirir talheres com o cabo mais largo, de forma a ajudar a levar os alimentos à boca;- Promover pequenas refeições, e de forma mais frequentemente;- Dar tempo para o Sr. J.P. comer;- Realizar higiene oral antes e depois das refeições.• Registar o peso do Sr. J.P. uma vez por semana.• Incentivar a esposa a fazer a sua comida preferida uma vez por mês.• Agendar uma consulta de medicina dentária de forma a detetar eventuais problemas estomatológicos.	<p>➤ <u>Com o Sr.J.P. e sua cuidadora:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Aumentar a quantidade de alimentos ingeridos ao longo do dia, adotando uma alimentação mais diversificada e equilibrada;• Ingerir um iogurte ou leite ao lanche;• Realizar a higiene oral antes das refeições. <p>➤ <u>Com a cuidadora:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Permitir ao Sr.J.P. a escolha sobre as suas refeições tendo em conta as suas preferências;• Aquisição de talheres adaptados, que facilitem a tarefa;• Pesar o Sr.J.P. mensalmente (1º dia do mês);• Agendar consulta de medicina dentária.

Foco: Incontinência urinária

Problema:

7) INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Diagnóstico de Enfermagem

Incontinência urinária total, relacionado com patologia urológica, agravado pelo elevado grau de dependência devido ao AVC, manifestado por perda de urina continua, com uso de absorvente 24h/dia

Meta:	Intervenções de Enfermagem	Compromissos
➤ Que o Sr. J.P. não desenvolva infecção urinária, nem lesões cutâneas, promovendo a utilização da casa de banho	<ul style="list-style-type: none">• Aumentar a ingestão de água, cerca de 1.5 litros por dia, de forma a prevenir infeção.• Promover a mudança frequente do absorvente junto da esposa, e sempre que o Sr. J.P. solicitar.• Incentivar o Sr. J.P. a colaborar nas mudanças do absorvente, ajudando nas transferências e nas mobilizações na cama.• Adquirir um urinol e incentivar o seu uso, de modo a manter a pele seca e melhorar a sua autoestima.• Após cada mudança de absorvente, incentivar a aplicação de Vitamina A na pele, de forma a manter a integridade cutânea.• Realizar ensino às funcionárias da empresa de cuidados domiciliários acerca das intervenções anteriores, envolvendo-as na prevenção de complicações.• Supervisionar toma da medicação.	<p>➤ <u>Com o Sr.J.P:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Ajudar na mudança do absorvente naquilo que é capaz de realizar. <p>➤ <u>Com o Sr. J.P. e sua cuidadora:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Aumentar a ingestão de água (1,5 litro). <p>➤ <u>Com a cuidadora:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Realizar mudança de absorvente um maior número de vezes e aplicar pomada vitamina A sempre que a pele se encontre macerada;• Aquisição de um urinol.

Foco: Cuidador Familiar

Problema:

9) RISCO DE SOBRECARGA E STRESS DO CUIDADOR

Diagnóstico de Enfermagem

Tensão do papel de Cuidador, relacionado com o aumento da dependência do Sr. J.P., défice de conhecimentos relativamente aos cuidados a realizar e problemas financeiros, manifestado por sentimentos de frustração e tristeza.

Meta:	Intervenções de Enfermagem	Compromissos
➤ Que a cuidadora familiar mantenha o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, de forma a evitar sobrecarga e stress, assegurando o cuidado do Sr. J.P.	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar as alterações, no quotidiano da cuidadora, com a prestação de cuidados ao Sr. J.P.• Promover a transmissão de conhecimentos necessária à manutenção dos cuidados ao Sr. J.P. e adaptados à sua situação de aumento de dependência.• Aplicação da escala de avaliação das dificuldades do cuidador para prevenir e despistar as suas necessidades e dificuldades.• Favorecer momentos de esclarecimento de dúvidas e expressão dos seus medos, dúvidas, necessidades, dificuldades, promovendo a sua capacidade de resiliência.• Incentivar/estimular a colaboração de outros familiares (por exemplo os seus filhos) na divisão dos cuidados a realizar ao Sr. J.P.• Promover o descanso da cuidadora, incentivando-a a estar com suas amigas, a realizar passeios, a almoçar fora, programando os cuidados/apoios necessários ao Sr. J.P para esse período.• Fornecer contactos das respostas sociais existentes na sua área de residência (assistente social, centro de dia, caso venha a necessitar).• Elogiar o envolvimento do prestador de cuidados e dar reforço positivo.	➤ <u>Com a cuidadora:</u> <ul style="list-style-type: none">• Agendar um dia por mês para si, para realizar o que lhe apetecer (passear, almoçar e estar com as suas amigas por exemplo);• Colocar questões sempre que sita necessidade;• Envolver os seus filhos na prestação de cuidados ao seu marido.

6. ASSEGURAR OU ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI OU DO OUTRO: AVALIAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A pessoa idosa nesta fase consegue ter controlo sobre a sua trajetória de vida, está informado e consegue tomar decisões e gerir a sua situação de doença, manifestando bem-estar. A família adquire capacidades para ajudar da pessoa idosa, assumindo-se como responsável pelo seu cuidado.
(Gomes, 2013)

O plano de cuidados realizado em parceria com o Sr. J.P. e sua esposa, revelou-se fundamental para a consecução dos resultados pretendidos, através de intervenções de enfermagem individualizadas, construídas de forma conjunta e partilhada de poder, assentes num conhecimento profundo da pessoa idosa, com vista ao seu bem-estar e a manutenção do seu projeto de vida.

Através de processos de negociação, sem supremacias de poder, foram cumpridos pelo Sr. J.P. grande parte dos compromissos assumidos, considerados pelo próprio como o melhor para si, para a sua recuperação, com vista ao seu bem-estar e tranquilidade. Deu-se na relação uma partilha de informação muito rica e validação de conhecimentos constante, promovendo o continuar com o seu projeto de vida e de saúde. A cuidadora conseguiu gerir a situação de doença do seu marido, atuando face à mesma e dando resposta às suas necessidades, trabalhando sempre em parceria com a equipa da UCC, vendo-a como uma mais-valia para o ultrapassar desta transição.

Após a implementação das intervenções de enfermagem o Sr. J.P. refere maior conforto e bem-estar, apresentando uma maior autonomia, procurando assumir o cuidado de Si, embora ainda necessite de apoio em várias atividades de vida. A esposa cuida do Sr. J.P possibilitando o seu trajeto de vida, substituindo-o nas atividades que este não consegue fazer, prevenindo complicações. Os seus filhos estão mais envolvidos nos cuidados ao Sr. J.P., nomeadamente a filha mais nova, ajudando a mãe sempre que esta solicite, nomeadamente nos momentos em que se ausenta para passear ou conviver com suas amigas, o que já aconteceu duas vezes.

O Sr. J.P. terminou tratamento de descolonização, não desenvolvendo infeção. O penso do coto manteve-se limpo e seco entre as datas de realização, com boa

evolução cicatricial da úlcera. Ambos demonstraram conhecimentos acerca do MRSA, modo de transmissão e cuidados a ter na prevenção da sua disseminação.

Não houve nenhum episódio de queda do Sr. J.P., tendo a esposa procedido à remoção de todos os tapetes da casa e instalado no exterior da casa, uma rampa para descida do lancil. Quanto à colocação das prateleiras numa posição mais acessível, ainda não foi realizado. A família e o Sr. J.P. aceitaram em iniciar fisioterapia, encontrando-se já agendada visita da terapeuta da UCC ao seu domicílio. Tal como sugerido, o Sr. J.P. passou a escrever informações importantes a reter num bloco, e conseguia visualizar o dia e o mês através do relógio e calendário afixado na sala, melhorando a sua orientação temporal. A esposa ainda não adquiriu os jogos de memória sugeridos.

Foi dada a oportunidade do Sr. J.P. escolher as suas refeições, tendo em conta as suas preferências, passando a ingerir uma maior quantidade de alimentos ao longo do dia, com aumento de cerca 1Kg num prazo de um mês. Passou a ingerir iogurte ou leite ao lanche. A esposa adquiriu talheres adaptados, o que facilitou a tarefa e promoveu a autoconfiança do Sr. J.P. Antes das principais refeições o Sr. J.P. passou a integrar a higiene oral como parte da sua rotina diária.

Foi também dada a liberdade ao Sr. J.P. de escolher diariamente o vestuário que queria usar, conseguindo colaborar em alguns passos, segundo informação verbal da esposa. As intervenções realizadas contribuíram para a manutenção da sua capacidade funcional, conferindo-lhe *empowerment* e capacidade de decisão face aos seus gostos.

As funcionárias da empresa de apoio domiciliário encontram-se mais sensíveis para as intervenções a realizar, embora ainda tenham alguma tendência a substituir a pessoa, sendo necessário um reforço contínuo. A esposa do Sr. J.P. passou a supervisionar os cuidados de higiene, promovendo a aplicação do creme hidratante pelas funcionárias e detetando precocemente novas lesões. Não houve o surgimento de novas lesões.

O Sr. J.P. conseguiu urinar espontaneamente no urinol algumas vezes, referindo sentir-se melhor consigo próprio. A mudança do absorvente foi realizada um maior número de vezes pela esposa, contando sempre com a colaboração do Sr. J.P., naquilo que era capaz de realizar. Não desenvolveu infeções urinárias.

O cuidado de Si foi assim assegurado pela pessoa idosa e sua cuidadora familiar, possibilitando a manutenção das suas capacidades e a progressão com os seus objetivos. O Sr. J.P. e sua esposa demonstram confiança na equipa de enfermagem da UCC, assumindo-a como um recurso importante, que podem contatar sempre que sintam necessidade. Os objetivos delineados foram assim atingidos ficando em aberto novas intervenções, caso se detete novas necessidades e dificuldades por parte do Sr. J.P e sua cuidadora familiar

CONCLUSÃO/ REFLEXÃO

O cuidado à pessoa idosa tem que ultrapassar o tratamento clínico da doença, transcendendo o meio hospitalar, tem que se preocupar com o bem-estar, capacidade funcional, integração social e qualidade de vida (Cabete, 2005). Na avaliação à pessoa idosa é crucial a realização de uma anamnese, exame físico, avaliação funcional, mental, social, conhecendo os seus hábitos de vida, ocupacionais, o seu ambiente e aquilo que lhe dá prazer e satisfação. Este profundo conhecimento da pessoa idosa, só é possível mediante uma relação de parceria, envolvendo a sua família, com vista à promoção do cuidado de Si (Gomes, 2009).

Tavares & Silva (2010, p.113) referem que tem que se olhar “para o cuidar/cuidado à pessoa idosa através de outra lente, que procura ser mais humana, otimista e integradora. A visão da cura da doença dá lugar a uma visão de cuidado que procura recuperar a máxima qualidade de vida, autonomia e independência da pessoa idosa.”.

Os enfermeiros têm um papel importante nas UCC, pois contribuem substancialmente para a promoção da independência, da autonomia e da qualidade de vida das pessoas idosas (Tavares & Silva, 2010). Os enfermeiros exploram com a pessoa novos caminhos e alternativas, implementando procedimentos facilitadores da recuperação de capacidades funcionais e/ou cognitivas (Tavares & Silva, 2010).

Por vezes, a pessoa idosa depara-se com problemas apenas quando regressa a casa, ambiente no qual vão surgindo questões e inseguranças, às quais o enfermeiro pode e deve dar resposta, através de uma relação de parceria, partilhada de poder, apostando na sua capacitação. Os enfermeiros tem que procurar mostrar que há alternativas, que a pessoa idosa ainda é capaz de encontrar um novo significado para a vida, estando consciente dos seus défices, aprendendo a conviver com as perdas e a olhar de forma otimista os ganhos (Tavares & Silva, 2010).

Neste contexto de cuidados é importante reorganizar a família face às necessidades do familiar, aquando a alta, apostando na continuidade de cuidados de enfermagem e num trabalho multidisciplinar com vista ao máximo do bem-estar da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cabete, D. (2005) *O Idoso, a Doença e o Hospital*. Loures. Lusociência;
- Collière, M. (1999). *Promover a Vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses;
- Crisp, L. N., Berwick, D., Kickbusch, I., Bos, W., Antunes, J. L., Barros, P. P. & Soares, J. (2014). *Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Acedido em 10/12/2015. Disponível em http://www.gulbenkian.pt/mediaRep/gulbenkian/files/institucional/FTP_files/pdfs/FuturodaSaude2014/RelatorioFuturodaSaudePT2014/index.html#/2/;
- Direção Geral de Saúde (2014a). *Norma nº018/2014 - Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA)*. Acedido em 15/12/2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de09122014.aspx>;
- Gomes, I.D. (2009). *Cuidado de Si A Natureza da Parceria entre o enfermeiro e o doente idoso o domicílio*. (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa;
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J. M., Maas, M., Moorhead, S. & Swanson (2009). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC: Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem*. Porto Alegre: Artemed;
- Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna – GERMI (2012). *Avaliação Geriátrica*. Acedido a 10/11/2014. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf;
- Tavares, J. & Silva, A. L. (2010). Rumo à conceptualização dos cuidados continuados de enfermagem. In Silva, A. L., Gonçalves, L. H. T., Pinto, C. V. D. T., Sena, E. L. S., Tavares, J. Viana, K. T. ... Lunardi, V. L.. *Cuidado à Pessoa Idosa – Estudos no Contexto Luso-Brasileiro* (pp.110-146). Porto Alegre: Editora Sulina.

ANEXOS

ANEXO I:
Mini Mental State Examination

MINI MENTAL STATE:

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? ✓ Em que país estamos? ✓
Em que mês estamos? ✓ Em que distrito vive? ✓
Em que dia do mês estamos? x Em que terra vive? ✓
Em que dia da semana estamos? x Em que casa estamos? ✓
Em que estação do ano estamos? ✓ Em que andar estamos? ✓

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor”.

Pêra ✓

Gato ✓

Bola ✓

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar”.

27 ✓ 24 ✓ 21 ✓ 18 ✓ 15 ✓

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta.)

“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”.

Pêra x

Gato ✓

Bola ✓

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a. “Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio ✓

Lápis ✓

b. “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA” ____✓____

c. “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita ____✓____

Dobra ao meio ____✓____

Coloca onde deve ____✓____

d. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto lê-se a frase.

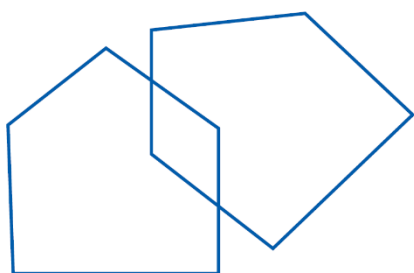
Fechou os olhos ____✓____

e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. ____✓____

6. Capacidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

____X____



TOTAL (Máximo 30 pontos): **26**

Bibliográfica:

GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 15/11/2014. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf.

ANEXO II:
Clinical Dementia Rating

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DEMÊNCIA (CDR)

CDR Clinical Dementia Rating

Resultado

	0	0.5	1	2	3
Memória					
Orientação					
Discernimento e Resolução de Problemas					
Relacionamento com a comunidade					
Casa e Passatempos					
Cuidados Pessoais					

CDR=1 – Demência Ligeira

RESUMO:

1. Se pelo menos 3 **CS** são = **M** então **CDR** = **M**
2. Se 3 ou + **CS** são > (ou <) a **M** então **CDR** = maioria das **CS** > (ou <) **M**
3. Sempre que 3 **CS** têm pontuação de um lado de **M** e as outras duas têm pontuações do outro lado, **CDR** = **M**
4. Se **M** = 0,5 e 3 ou mais **CS** são pontuadas ≥ 1 então **CDR** = 1
5. Se **M** = 0,5, **CDR** não pode ser 0 (zero), só pode ser 0,5 ou 1
6. Se **M** = 0 então **CDR** = 0 exceto se 2 ou mais **CS** forem $\geq 0,5$ então **CDR** = 0,5

Bibliografia:

<http://alzheimer.wustl.edu/cdr/PDFs/Translations/Portuguese%20Portugal.pdf>,
acedido em 15/11/2014.

ANEXO III:

Escala de Depressão Geriátrica de *Yesavage*

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE
VERSÃO CURTA

		SIM	NÃO
1	Está satisfeito com a sua vida?	0	①
2	Abandonou muitos interesses e atividades?	①	0
3	Sente que a sua vida está vazia?	1	①
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	①	0
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	①	1
6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	①	0
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	①
8	Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1	①
9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	①	0
10	Sente-se que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	①	0
11	Atualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	①	1
12	Sente-se inútil?	①	0
13	Sente-se cheio de energia?	①	1
14	Sente-se sem esperança?	①	0
15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	①	0

Total: 10

Pontos

<i>Sem depressão</i>	0-5
<i>Depressão ligeira</i>	<u>6-10</u>
<i>Depressão grave</i>	11-15

Referência Bibliográfica:

GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 15/11/2014. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf.

ANEXO IV:
Escala de *Braden*

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO*

Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	4			
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	2			
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	2			
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	3			
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasional-mente entre as refeições. Não requer suplementos.	2			
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.		1			
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.					Pontuação total	1	4	
© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989; Validada para Portugal por Margato, Carlos; Miguéns, Cristina; Ferreira, Pedro; Gouveia, João; Furtado, Kátia.(2001)								

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989; Validada para Portugal por Margato, Carlos; Miguéns, Cristina; Ferreira, Pedro; Gouveia, João; Furtado, Kátia. (2001)

ANEXO V:

Escala de *Lawton e Brody*

ESCALA DE LAWTON & BRODY

Atividades Instrumentais de Vida Diárias

1) Utilização de telefone	
1	Utiliza o telefone por iniciativa própria
1	É capaz de marcar bem alguns números familiares
1	É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar
0	Não é capaz de usar o telefone
2) Fazer compras	
1	Realiza todas as compras necessárias independentemente
0	Realiza independentemente pequenas compras
0	Necessita de ir acompanhado para fazer compras
0	É totalmente incapaz de comprar
3) Preparação de refeições	
1	Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente
0	Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos
0	Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada
0	Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições
4) Tarefas domésticas	
1	Mantem a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)
1	Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama
1	Realiza tarefas ligeiras, mas não ode manter um nível adequado de limpeza
0	Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
0	Não participa em nenhuma tarefa doméstica
5) Lavagem da roupa	
1	Lava sozinho toda a sua roupa
1	Lava sozinho pequenas peças de roupa
0	A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros
6) Utilização de meios de transporte	
1	Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro
1	É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte
1	Viaja em transportes públicos quando sai acompanhado
0	Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros
0	Não viaja
7) Manejo de medicação	
1	É capaz de tomar a medicação à hora e dose corretas
0	Toma a medicação se a dose é preparada previamente
0	Não é capaz de administrar a sua própria medicação
8) Responsabilidade de assuntos financeiros	
1	Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho
1	Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco
0	Incapaz de manusear o dinheiro

Mulher		Homem
0-1	Dependência total	0
2-3	<u>Dependência Grave</u>	①
4-5	Dependência moderada	2-3
6-7	Dependência ligeira	4
8	Independente	5

Referência Bibliográfica:

GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 15/11/2014. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf.

ANEXO VI:
Índice de *Barthele*

ÍNDICE DE BARTLHEL

ITENS	Atividades Básicas de Vida diárias	Cotação
Alimentação	<u>Independente</u> (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Necessita de ajuda para cortar, levar a boca etc.)	5
	<u>Dependente</u>	0
Vestir	<u>Independente</u> (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	5
	<u>Dependente</u>	0
Banho	<u>Independente</u> (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	5
	<u>Dependente</u>	0
Higiene Pessoal	<u>Independente</u> (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	5
	<u>Dependente</u>	0
Uso da casa de banho	<u>Independente</u> (Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5
	<u>Dependente</u>	0
Controlo intestinal	<u>Independente</u> (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres fá-lo sozinho)	10
	<u>Incontinente ocasional</u> (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres)	5
	<u>Incontinência fecal</u>	0
Controlo vesical	<u>Independente</u> (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho)	10
	<u>Incontinente ocasional</u> (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor)	5
	<u>Incontinente ou algaliado</u>	0
Subir escadas	<u>Independente</u> (Sobe e desce as escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	5
	<u>Dependente</u>	0
Transferência cadeira-cama	<u>Independente</u> (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15
	<u>Necessita de ajuda mínima</u> (Ajuda mínima e supervisão)	10
	<u>Necessita de grande ajuda</u> (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	5
	<u>Dependente</u>	0
Deambulação	<u>Independente</u> (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas)	15
	<u>Necessita de ajuda</u> (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10
	<u>Independente com cadeira de rodas</u> (anda pelo menos 50 metros)	5
	<u>Dependente</u>	0

Total= 25 pontos

Pontuação	
90-100	Independente
60-89	Ligeiramente dependente
40-55	Moderadamente dependente
20-35	<u>Severamente dependente</u>
< 20	Totalmente dependente

Referência Bibliográfica:

GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 15/11/2014. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf.

ANEXO VII:
Mini Nutricional Assessement

Mini Nutritional Assessment MNA[®]

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido: S.	Nome: Sr. J.P.				
Sexo: M	Idade: 77 anos	Peso, kg: 78Kg	Altura, cm: 1,80m	Data:	

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem	
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?	
0 = diminuição grave da ingestão	
1 = diminuição moderada da ingestão	
2 = sem diminuição da ingestão	<input type="checkbox"/>
B Perda de peso nos últimos 3 meses	
0 = superior a três quilos	
1 = não sabe informar	
2 = entre um e três quilos	
3 = sem perda de peso	<input type="checkbox"/>
C Mobilidade	
0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas	
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa	
2 = normal	<input type="checkbox"/>
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?	
0 = sim	
2 = não	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos	
0 = demência ou depressão graves	
1 = demência ligeira	
2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m) ²	
0 = IMC < 19	
1 = 19 ≤ IMC < 21	
2 = 21 ≤ IMC < 23	
3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 pontos: estado nutricional normal	
8-11 pontos: sob risco de desnutrição	
0-7 pontos: desnutrido	
Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R	

Avaliação global	
G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)	
1 = sim	
0 = não	<input type="checkbox"/>
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?	
0 = sim	
1 = não	<input type="checkbox"/>
I Lesões de pele ou escaras?	
0 = sim	
1 = não	<input type="checkbox"/>

Referências

- Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA[®] - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:456-465.
- Rubenstein LZ, Harker JO, Saliva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront*. 2001; 56A: M366-377.
- Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA[®]) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-487.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67300 12/09 10M
Para maiores informações: www.mna-elderly.com

J Quantas refeições faz por dia?	
0 = uma refeição	
1 = duas refeições	
2 = três refeições	<input type="checkbox"/>
K O doente consome:	
• pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)?	sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/>
• duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos?	sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/>
• carne, peixe ou aves todos os dias?	sim <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>
0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»	
0.5 = duas respostas «sim»	
1.0 = três respostas «sim»	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?	
0 = não	
1 = sim	<input type="checkbox"/>
M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?	
0.0 = menos de três copos	
0.5 = três a cinco copos	
1.0 = mais de cinco copos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Modo de se alimentar	
0 = não é capaz de se alimentar sozinho	
1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade	
2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	<input type="checkbox"/>
O O doente acredita ter algum problema nutricional?	
0 = acredita estar desnutrido	
1 = não sabe dizer	
2 = acredita não ter um problema nutricional	<input type="checkbox"/>
P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?	
0.0 = pior	
0.5 = não sabe	
1.0 = igual	
2.0 = melhor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Perímetro braquial (PB) em cm	
0.0 = PB < 21	
0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22	
1.0 = PB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Perímetro da perna (PP) em cm	
0 = PP < 31	
1 = PP ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Avaliação global (máximo 16 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9
Pontuação da triagem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6
Pontuação total (máximo 30 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15

Avaliação do Estado Nutricional	
de 24 a 30 pontos	<input type="checkbox"/>
de 17 a 23,5 pontos	<input type="checkbox"/>
menos de 17 pontos	<input checked="" type="checkbox"/>
estado nutricional normal	
sob risco de desnutrição	
desnutrido	

Referência Bibliográfica:

GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 15/11/2014. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf.

ANEXO VIII:

Escala de *Holden*

CLASSIFICAÇÃO DA MARCHA DE HOLDEN

Categoria	Descrição
0 <u>Marcha ineficaz</u>	O idoso é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura.
1 Marcha dependente Nível II	O idoso necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou manter o equilíbrio ou a coordenação.
2 Marcha dependente Nível I	O idoso requer uma ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação.
3 Marcha dependente com supervisão	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos.
4 Marcha independente (superfície plana)	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas.
5 Marcha independente	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas.

Nota: assinalar o tipo de ajuda necessário: 1 bengala ou muleta, 2 bengalas ou muletas, andarilho

Referência Bibliográfica:

GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 15/11/2014. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf.

ANEXO IX:
Escala Morse

ESCALA DE MORSE

<i>Morse Fall Scale - Versão original</i> ¹³	<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	Pontos
1. History of falling	1. Histórico de quedas	
No	Não	0
Yes	Sim	(25)
2. Secondary diagnosis	2. Diagnóstico Secundário	
No	Não	(0)
Yes	Sim	15
3. Ambulatory aid	3. Auxílio na deambulação	
None/Bed rest/Nurse assist	Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	(0)
Crutches/Cane/Walker	Muletas/Bengala/Andador	15
Furniture	Mobiliário/Parede	30
4. Intravenous Therapy/Heparin lock	4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
No	Não	(0)
Yes	Sim	20
5. Gait	5. Marcha	
Normal/Bed rest/Wheelchair	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	(0)
Weak	Fraca	10
Impaired	Comprometida/Cambaleante	20
6. Mental status	6. Estado Mental	
Oriented to own ability	Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
Overestimates/forgets limitations	Superestima capacidade/Esquece limitações	(15)

TOTAL SCORE: 35

Resultado:

0-24 – Baixo Risco

25-44 – Médio Risco

≥45 - Alto Risco

Referência Bibliográfica:

Urbanetto, J. S. U., Creutzberg, M., Franz, F., Ojeda, S., Gustavo, A. S., Bittencourt, Q. L. S. ... Farinam V. A. (2013) Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. Revista Escola Enfermagem São Paulo, 47 (3), 569-575. Acedido a 15/11/2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00569.pdf>.

ANEXO IX:

Índice de avaliação das dificuldades do cuidador – CADI

ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DO CUIDADOR

CADI

Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI)					
<i>O CADI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das dificuldades que enfrentam. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.</i>					
Nº	Prestar cuidados pode ser difícil porque:	Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa alguma perturbação	Perturba-me muito
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio				X
2	Por vezes sinto-me "de mãos atadas"/sem poder fazer nada para dominar a situação				X
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família				X
4	Traz-me problemas de dinheiro				X
5	A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim		X		
6	A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar			X	
7	Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam	X			
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto	X			
9	Chega a transtornar as minhas relações familiares	X			
10	Deixa-me muito cansado(a) fisicamente				X
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim	X			
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido	X			
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais			X	
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia	X			
15	Ando a dormir pior por causa desta situação				X
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria			X	
17	Esta situação faz-me sentir irritado	X			
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria			X	
19	Esta situação está a transtornar-me os nervos				X
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				X
21	A qualidade da minha vida piorou				X
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço	X			
23	A minha saúde ficou abalada				X
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)				X
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas			X	
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação	X			
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais			X	

28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam	X			
29	Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar		X		
30	Esta situação faz-me sentir culpado	X			

Se entender que, no seu caso, há outras dificuldades resultantes da situação de estar a prestar cuidados, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida elas o perturbam

		Isto acontece no meu caso e sinto que:		
	PRESTAR CUIDADOS PODE SER DIFÍCIL PORQUE:	Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito



1	Situação de colonização por MRSA			X
2	Períodos de esquecimentos frequentes do Sr. J.P.			X
3	História de quedas recentes do Sr. J.P.		X	
4	Incontinência urinária		X	

Referência Bibliográfica:

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda.

APÊNDICE XIII:

ESTUDO DE CASO DESENVOLVIDO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA



Escola Superior De Enfermagem De Lisboa

5º Curso De Mestrado Em Enfermagem

Área De Especialização Em Enfermagem Médico-cirúrgica

Vertente Pessoa Idosa

ESTUDO DE CASO

A PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO DE RISCO DE INFEÇÃO POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE

Discente:

Verónica Florêncio n.º5928.

Docente Orientadora:

Prof.ª Dr.ª Idalina Gomes.

Lisboa, Dezembro de 2014

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	03
1. A PESSOA IDOSA INTERNADA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA EM SITUAÇÃO DE SUSPEITA DE COLONIZAÇÃO POR MRSA	04
2. REVELAR-SE: CONHECER A PESSOA IDOSA	05
2.1. Identificação da pessoa idosa	05
2.2. Situação sociofamiliar	05
2.3. Contexto de doença	09
2.4. Avaliação do estado cognitivo e emocional	11
2.5. Avaliação física e sensorial	12
2.6. Avaliação da capacidade funcional	13
2.7. Necessidades básicas	14
3. ENVOLVER-SE	16
4. CAPACITAR OU POSSIBILITAR	18
5. COMPROMETER-SE: PLANO DE CUIDADOS	19
6. ASSEGURAR OU ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI OU DO OUTRO: AVALIAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	24
CONCLUSÃO / REFLEXÃO	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
ANEXOS	
I. Escala de Coma de <i>Glasgow</i>	
II. <i>Mini Mental State Examination</i>	
III. <i>Clinical Dementia Rating</i>	
IV. Escala de Depressão Geriátrica de <i>Yesavage</i>	
V. Escala de Lawton e Brody	
VI. Índice de <i>Barthel</i>	
VII. Escala de <i>Holden</i>	
VIII. Escala <i>Morse</i>	
IX. Escala de <i>Braden</i>	
X. Mini Nutricional Assessement	

INTRODUÇÃO

A pessoa idosa internada no SU encontra-se em situação de vulnerabilidade e fragilidade, carecendo de uma avaliação multidimensional detalhada, de forma a apurar os seus principais problemas e evitar complicações e readmissões (Legrain et al, 2011; Ellis, Marshal & Ritchie, 2014). O objetivo da avaliação multidimensional da pessoa idosa passa por identificar as dimensões da funcionalidade que concorrem para a dependência e quais as necessidades de ajuda para as colmatar, de forma satisfatória (Sequeira, 2010). Para tal é necessário tempo e espaço para o estabelecimento de uma relação de parceria, que identifique situações de risco, direcionando os cuidados de enfermagem a realizar. Estes cuidados deverão ser negociados, através da partilha de conhecimentos, capacidades e experiências, envolvendo a pessoa idosa nos processos de tomada de decisão sobre assuntos que lhe dizem respeito, nomeadamente a sua saúde, conferindo-lhe poder (Gomes, 2009).

Este trabalho está integrado no estágio que me encontro a realizar no Serviço de Urgência (SU) de um Hospital Distrital (HD), tendo como objetivo o desenvolvimento de competências no cuidado de enfermagem à pessoa idosa. Trata-se de um estudo de caso, baseado no modelo de intervenção de enfermagem em parceria de Gomes (2013) que defende o cuidado centrado na pessoa, com vista à promoção do cuidado de Si (de si próprio ou do outro).

O estudo de caso foi dedicado ao Sr. J.D. que se encontrava internado no Serviço de Observação (SO) do SU, em situação de doença aguda. Foi muito interessante poder acompanhar esta pessoa no decurso do seu internamento, e contribuir para a sua melhoria clínica, psicológica e emocional, assente numa relação de parceria envolvendo a sua família. A relação de proximidade estabelecida foi crucial para o conhecimento da pessoa idosa/família, o seu contexto de vida, e o impacto da doença sobre os mesmos, capaz de possibilitar a sua capacitação no sentido de seguir com a sua trajetória de vida e comprometerem-se com o plano estabelecido, promovendo o cuidado de Si.

Foi obtido o consentimento livre e informado por parte da pessoa idosa, alvo de estudo, e seu cuidador. Os princípios éticos da confidencialidade e anonimato dos intervenientes foram assegurando, optando por utilizar uma identificação fictícia.

1. A PESSOA IDOSA INTERNADA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA EM SITUAÇÃO DE SUSPEITA DE COLONIZAÇÃO POR MRSA

A população idosa representa a maioria das situações que recorrem ao SU, em situação de doença aguda ou crónica agudizada, levando a internamentos prolongados e a readmissões frequentes (Dawood, Dobson, & Banerjee, 2011). É frequente o SU encontrar-se sobrelotado colocando sérios desafios às instituições e aos seus profissionais de saúde, comportando riscos sérios para as pessoas idosas aqui internadas ao nível do seu estado cognitivo, funcional e emocional (Salvi et al, 2007).

A missão, as prioridades e o espaço físico dos SU não estão adaptados às necessidades das pessoas idosas, caracterizados como ambientes ruidosos, com falta de privacidade e luz constante que pouco promove o seu bem-estar (Hwang & Morrison, 2007; Ellis, Marshall & Ritchie, 2014). Este facto aliado à complexidade das queixas que levam as pessoas idosas ao SU, tendo em conta a sua história de vida e de doença, exigem a existência de profissionais especializados, que realizem uma avaliação multidimensional, demorada, que dê resposta às especificidades desta população (Marques, 2011; Ellis, Marshall & Ritchie, 2014).

A avaliação precoce das necessidades da pessoa idosa no SU torna-se assim crucial, de forma a prevenir complicações decorrentes da sua permanência neste serviço, implementando estratégias autónomas que promovam a sua segurança e dignidade, assente numa lógica de cuidado centrado na pessoa, em detrimento de uma visão centrada na doença e no problema.

O presente estudo de caso tem por base o estabelecimento de uma relação de parceria, através da qual conheci a pessoa idosa, nas suas três dimensões, o que diz respeito a ela e à sua história de vida, o que diz respeito ao seu meio-ambiente e aos que o cercam, e o que diz respeito à doença (Collière, 2003). Assim, conhecer a pessoa idosa, tem por base um encontro, onde o profissional acede à ordem do outro, à sua estrutura e laços de significação (Collière, 2003). Foram momentos de partilha empática e compreensiva, que decorreram durante 3 turnos, no SO do SU.

2. REVELAR-SE: CONHECER A PESSOA IDOSA

2.1. Identificação da pessoa idosa

Nome: J.D.D., prefere ser chamado por J.D.

Idade: 85 anos, sexo masculino, biótipo humano branco

Naturalidade: São Bartolomeu de Messines

Residência: Pinhal Novo, vive na casa de um dos filhos

Estado civil: Viúvo, com 2 filhos

Profissão: Pedreiro

Habilitações literárias: Nunca frequentou a escola, mas consegue escrever o seu nome e identificar o valor do dinheiro mas em contas de baixo valor.

Hábitos Religiosos: Católico, mas não praticante

2.2. Situação sociofamiliar

O Sr. J.D. é o mais novo de quatro irmãos, todos falecidos, referindo com orgulho que tiveram na sua vida todos até aos 90 anos. Nasceu no Algarve, em bartolomeu de Messines, começando a trabalhar aos 9 anos de idade a guardar porcos, Viveu nesta aldeia até aos 18 anos, altura em que veio trabalhar para Lisboa como pedreiro. Na sua terra como cita encontrou e casou com a sua mulher, tendo sido a sua única namorada, tendo vivido com ela 64 anos. Em Lisboa sempre trabalhou como pedreiro, vivendo em casa alugada, tendo aos 30 anos emigrado para França onde teve os dois filhos, um atualmente com 64 anos que vive em França com a sua esposa, tendo duas filhas e duas netas, e outro com 62 anos, com quem reside atualmente, juntamente com a sua nora, tendo uma filha, já casada. Este segundo filho é a pessoa mais significativa para si, assumindo o papel de cuidador principal.

Em França o Sr. J.D. residiu até aos 65 anos de idade quando se reformou. Durante estes anos vinha a Portugal para passar férias na casa do algarve que os seus pais deixaram à família.

Após a reforma veio viver para Portugal para o Pinhal Novo com a sua mulher, para estar mais próximo do seu filho mais novo. Foram tempos bons, afirma, vivia entre Portugal e França, intercalando os períodos e fazendo o que gostava, trabalhos de “bricolage” descreve. Há 10 anos que já não vai a França, sente saudades e tristeza, pois embora não seja o seu país fez parte da sua vida e de muitos momentos.

Atualmente só vê o seu filho mais velho, suas netas e bisnetas em Agosto quando vem a Portugal.

Por motivos de doença e dificuldade nas atividades de vida o Sr. J.D. mudou-se com a sua mulher para a casa do seu filho há 1 ano, mencionado “já não conseguíamos cuidar da casa nem comida”. Contudo, a sua esposa residiu na presente casa pouco tempo, tendo falecido há cerca de 8 meses vítima de um acidente vascular cerebral, de forma repentina, evento que descreve com muita tristeza e frustração. Referia que “eramos muito cúmplices, confidentes, felizes... mas agora tudo acabou...deixou de fazer sentido”.

Agora sem a sua esposa manteve-se a residir na casa do seu filho, mas o seu grau de dependência tem vindo a agravar, o que tendo em conta que se trata de um apartamento, num terceiro andar sem elevador, limita em muito as suas idas ao exterior. Circula em casa na cadeira de rodas, conseguindo apenas ajudar nas transferências. O filho com quem reside, Sr. A.D. encontra-se reformado, tendo trabalhado na radio do Pinhal Novo, e a sua nora também está reformada por invalidez, não sabendo especificar a doença.

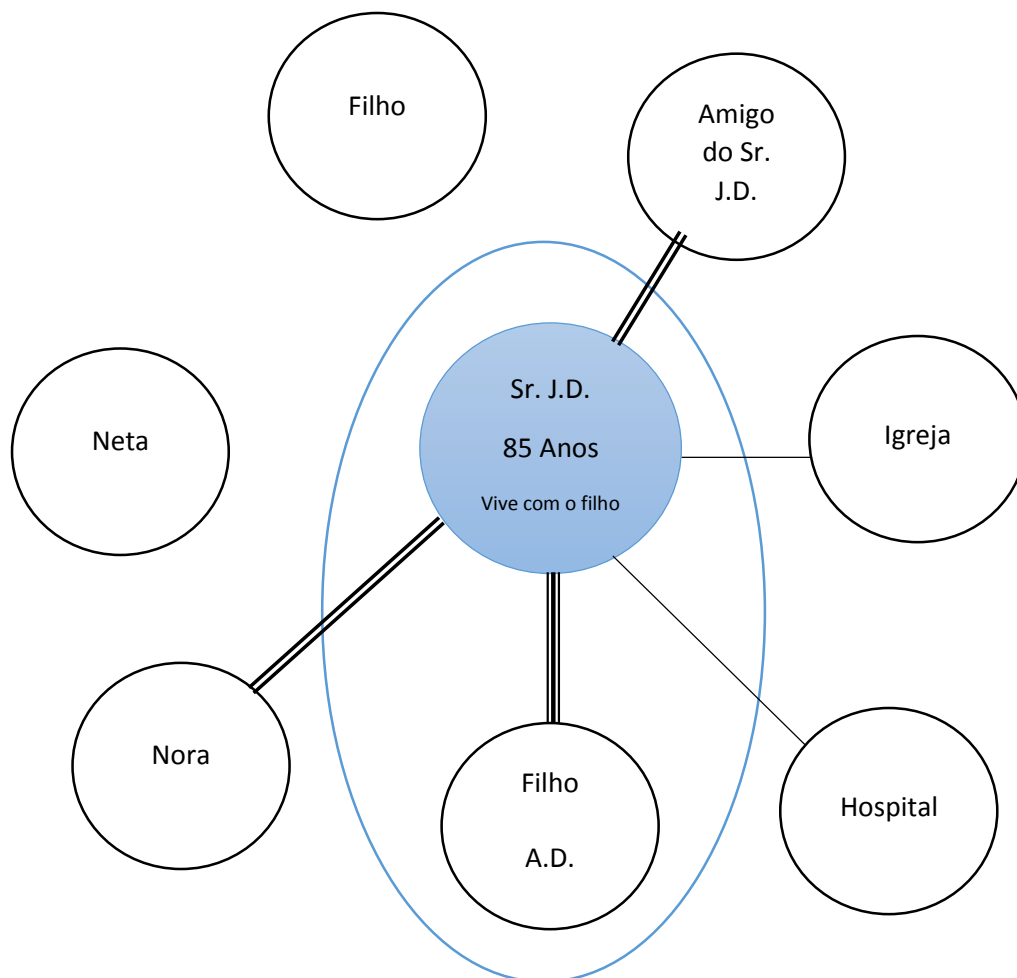
Como ocupações refere que vê televisão, joga dómino com o seu filho, e gosta de conversar e contar as suas histórias de quando era jovem.

O Sr. J.D. tem uma reforma que segundo o próprio dá para fazer face às despesas, com alimentação, medicação e produtos de higiene. Quem gere o seu dinheiro é o seu filho, referindo-o com grande confiança.

➤ Genograma e Ecomapa

Na elaboração do genograma e do ecomapa contei com a colaboração do Sr.J.D. e do seu filho Sr. A. D. para uma colheita de dados mais completa.

ECOMAPA



Legenda do Ecomapa:

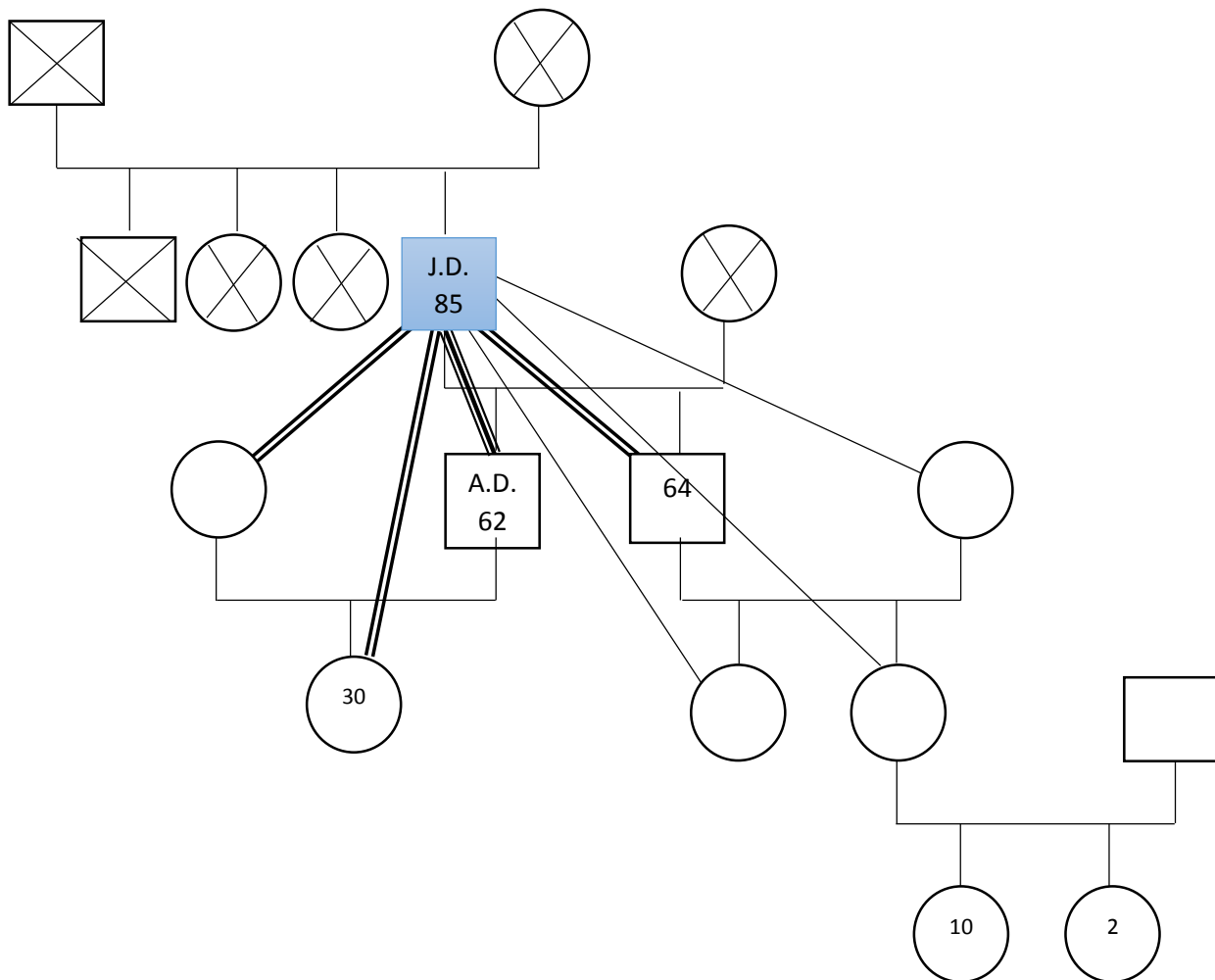
—— Relação Pobre

==== Relação Forte

===== Relação Muito Forte

→ Fluxo da Energia e de Recurso

GENOGRAMA



Legenda Genograma:



Mulher



Homem



Mulher Falecida



Homem Falecido



Sr. J. D.

— Relação Pobre

== Relação Forte

=== Relação Muito Forte

→ Fluxo da Energia

2.3. Contexto de doença

O Sr. J.D. deu entrada no serviço de urgência geral por quadro de prostração, dispneia, febre e oligoanúria, tendo ficado internado no SO durante quatro dias por infeção respiratória nosocomial do lobo inferior direito e lesão renal aguda.

Na **admissão em SO** encontrava-se sonolento, embora sempre orientado no espaço, tempo e pessoa. Apresentava baixas saturações de oxigénio periféricas, pelo que iniciou oxigénio a 6l/min por máscara facial. Por manter perfil hipotensivo, foi colocado cateter venoso central de triplo lúmen a nível da veia jugular à direita, que decorreu sem intercorrências, iniciando soroterapia. Possuía uma pressão venosa central (PVC) de 2cmH₂O neste primeiro dia. Neste mesmo dia realizou **zaragatoa para colheita de exsudado nasal para pesquisa de MRSA**, mediante protocolo instituído no serviço.

Até saída do resultado do rastreio a MRSA no exsudado nasal, o Sr. J.D. manteve-se em isolamento de contacto, prática atualmente recomendada pela norma 018/2014 da Direção Geral de Saúde (DGS), acerca da Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por MRSA (DGS, 2014). Esta norma refere que o rastreio dos portadores deve ser realizado na admissão, através de zaragatoa nasal e amostra de ferida cutânea (se existir), devendo permanecer em situação de isolamento de contacto até conhecimento do resultado. Contudo este isolamento preventivo comporta um isolamento social, promotor de sentimentos negativos sobre a pessoa idosa. O Sr. J.D. mostrou-se muito revoltado com esta situação, visto que já no anterior internamento tinha sido submetido às mesmas medidas e realizado o tratamento de descolonização, não compreendendo a sua justificação. Foi identificado neste âmbito um problema relativamente ao défice de conhecimentos do próprio em relação à situação, sendo necessário a intervenção de enfermagem.

Durante o respetivo internamento em SO, o doente realizou exames complementares de diagnóstico, nomeadamente análises diárias, hemoculturas, urocultura, eletrocardiograma, raios X tórax e TAC torácico, que revelou derrame pleural de pequeno volume

Ao terceiro dia de internamento já se apresentava mais desperto e comunicativo, apresentando valores de tensão arterial melhoradas, e uma PVC de 10cmH₂O. Por apresentar melhoria da hipoxemia foi diminuído o débito de oxigénio para 2l/min por óculos nasais, para maior conforto do doente e não interferir na

alimentação e na comunicação. Não apresentou episódios de febre e teve melhoria analítica, com diminuição da PCR. O resultado para pesquisa de **MRSA foi negativo**, pelo que foram suspensas as precauções de contacto.

A terapêutica instituída em SO, para além da sua medicação habitual, foi a seguinte:

- Salbutamol 5mg 8/8h;
- Brometo de Ipatrópio 0.5mg, 4/4h;
- Budesonida 0.5mg, 8/8h;
- Piperacilina + Tazobactam 2250mg 8/8h
- Enoxiparina 20mg SC 24/24h;
- Cloreto de Sódio 9mg/ml a 100ml/h;
- Hidrocortisona 100mg, 8/8h.

O Sr. J.D. foi transferido para o serviço de medicina ao quarto dia de internamento.

➤ Tem como antecedentes pessoais:

- Hipertensão Arterial
- Hiperplasia Benigna da Próstata
- Artrite Reumatóide
- Dislipidémia
- Hiperuricémia
- **Internamento recente**, em Outubro de 2014, na unidade de cuidados intermédios por choque séptico no contexto de Pneumonia da base direita, tendo sido submetido a **vários regimes de antibioterapia** e a terapêutica dirigida com aminas. Durante este internamento por episódio de retenção urinária e impossibilidade de algaliação, foi observado pela Urologia, tendo sido colocada uma drenagem supra púbica que mantêm. Por **exsudado nasal positivo para *Staphylococcus aureus* Meticilo-Resistente (MRSA)** foi admitida colonização tendo iniciado medidas de descolonização segundo protocolo. Teve alta há 9 dias, tendo sido referenciado para consulta externa de Medicina Interna, Urologia e Psiquiatria.

➤ Terapêutica no domicílio:

- Enalapril 5mg, 1 comprimido ao pequeno-almoço
- Carvedilol 6,25mg, 1 comprimido ao pequeno-almoço
- Alopurinol 300mg, 1 comprimido ao almoço
- Lopicortinolo 5mg, 1 comprimido ao pequeno-almoço
- Bromalex 1,5mg, 1 comprimido à noite
- Fosavance 70mg, 1 comprimido uma vez por semana (sábado)
- Sinvastatina 10mg, 1 comprimido ao jantar
- Sertralina 50mg, 1 comprimido ao pequeno-almoço
- Omeprazol, 20mg, 1 comprimido ao pequeno-almoço
- Tansulosina 0,4mg, 1 comprimido ao jantar
- Trazadona, 100mg, 1 comprimido à noite

O Sr. J.D. nega hábitos tabágicos e alcoólicos.

De momento, anseia por ir para casa, para voltar à «normalidade», junto do seu filho e da sua nora. Encara o internamento de forma negativa, referindo que o último internamento lhe deixou «marcas» muito recentes e dolorosas. Refere “sei que preciso de cuidados de saúde... estou muito doente, mas ter que ficar em repouso na cama, vestir esta roupa, ser alvo de vários procedimentos e ainda ficar fechado novamente num quarto... é horrível”. Este discurso revela dificuldade na sua adaptação ao processo de doença.

O Sr. J.D. encontra-se num processo de transição, quer situacional, mediante a morte da sua esposa, que ainda não conseguiu superar, quer de saúde-doença, a viver de momento decorrente do seu último e atual internamento, que o tornou mais dependente nas atividades de vida.

2.4. Avaliação do estado cognitivo e emocional:

O Sr. J.D. no momento da admissão encontrava-se orientado no espaço, tempo e pessoa, obtendo-se um **score de 15** (4 abertura ocular + 6 resposta motora + 5 resposta verbal) na **escala de coma de Glasgow** (anexo I).

De forma a avaliar o estado cognitivo do Sr. J.D. foi aplicado o *Mini Mental State Examination* descrito pelo Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI), consistindo num instrumento que possibilita a avaliação da memória, da linguagem, de habilidades de construção, orientação e cálculos (Levy,

2001; GERMI, 2009; Sequeira, 2010). O Sr. J.D. obteve um score de 17/30, que revela **défi ce cognitivo ligeiro**, tendo em conta que o doente é analfabeto, apresentando maiores défi ces a nível da orientação temporal, memória de evocação e habilidade construtiva bidimensional (anexo II).

Para uma melhor interpretação da saúde mental do Sr. J.D. importa avaliar o grau de demência que possui, pelo que decidi aplicar a escala *Clinical Dementia Rating*, que avalia seis importantes domínios: memória, orientação, capacidade de julgamento e de resolver problemas, a relação com o meio social, atividades domésticas e de lazer e cuidados pessoais tendo revelado CDR=1, que revela **demencia ligeira** (Levy, 2001; Sequeira, 2010) [anexo III].

A depressão é um problema frequente na pessoa idosa, cujos sintomas podem ser confundidos com distúrbios cognitivos ou agravamento da demência (Levy, 2001). De forma a identificar sintomas depressivos no Sr. J.D. utilizei a escala de depressão geriátrica de Yesavage (versão curta), que avalia aspetos cognitivos e comportamentais, constatando-se **depressão ligeira**, com score de 10, o que até então nunca tinha sido identificado (GIERMI, 2009) (anexo IV). Optei por utilizar esta escala e não a de Cornell, específica para as pessoas com demência, tendo em consideração a sua capacidade cognitiva atual, visto ainda ser capaz de expressar os seus sentimentos e de ter *insight* para as suas limitações.

2.5. Avaliação física e sensorial

- Pele e Mucosas: **Descoradas e Desidratadas.**
- Membros inferiores: Apresenta ligeiros edemas pretibiais, sem sinais de trombose venosa profunda.
- Abdómen: Apresenta abdómen globoso, mole, depressível e indolor à palpação. Hérnia umbilical sem sinais inflamatórios.
- Dentição: Usa prótese dentária.
- Visão: Apresenta olhos centrados, simétricos, com pupilas isocóricas e normoreativas, fazendo uso de óculos por acuidade visual diminuída, embora durante o internamento não os tem usado.
- Audição: Mantida.
- Fala: Sem alterações.

➤ Sinais Vitais: O Sr. J. D. apresenta temperatura axilar de 36°C, uma tensão arterial de 95/62mmHg e uma frequência cardíaca de 65bpm, pulso cheio e disrítmico.

➤ Dor: Nega queixas álgicas.

➤ Altura: 1,60m

➤ Peso: 78Kg

2.6. Avaliação da capacidade funcional:

As pessoas idosas constituem um grupo com maior vulnerabilidade ao estabelecimento de quadros clínicos comprometedores da sua autonomia, pelo que a avaliação da sua capacidade funcional, é crucial para a planificação dos cuidados, de modo personalizado, tendo em conta as suas necessidades específicas (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007). Paixão Jr. & Reichenheim (2005, p.8) referem que “o estado funcional é a dimensão-base para a avaliação geriátrica. Esta resume na avaliação dos fatores físicos, psicológicos e sociais que afetam a saúde dos pacientes mais idosos e frágeis”.

A utilização de instrumentos de medida é crucial para um diagnóstico rigoroso, complementando a colheita de dados já realizada, constituindo uma mais-valia para a o planeamento das intervenções e para a continuidade de cuidados (Sequeira, 2010). O estado funcional é medido normalmente em duas áreas: AVD e AIVD (Levy, 2001).

No que respeita à avaliação das **atividades instrumentais da vida diária**, que permitem à pessoa adaptar-se ao meio e a responder a problemas de maior complexidade do quotidiano (Paixão Jr. & Reichenheim, 2005), foi utilizada a escala de *Lawton e Brody* revelando para o Sr. J. D. um score de 1, associado a **dependência total** (anexo V) [GERMI, 2012]. Este resultado indica que o Sr. J.D. apenas é autónomo na utilização do telefone. É de salientar que o Sr. J.D. faz uso de transporte, mas sempre com acompanhamento do filho, devido à sua limitação da mobilidade. Não prepara refeições, não efetua compras, não cuida da roupa, nem de assuntos financeiros. A medicação encontra-se à responsabilidade do filho, Sr. A.D., que lhe prepara a medicação no domicílio, todos os domingos, dispondo de uma caixa semanal (7 dias). Cabe posteriormente ao Sr. J.D. tomar os comprimidos diariamente, retirando-os da caixa correspondente ao dia da semana e à refeição em questão, sempre supervisionado pelo filho ou pela nora.

Para avaliar capacidade funcional nas **atividades de vida diárias** foi selecionado o índice de Barthel, focando 10 AVD, sendo cada uma composta por dois a quatro níveis de dependência (Sequeira, 2010). Estas atividades avaliam funções primárias ligadas ao autocuidado e à mobilidade (Sequeira, 2010), Reportando-me ao Sr. J.D. apliquei o respetivo instrumento obtendo um score de 30, correspondente a **dependência severa** visto ser dependente em 5 AVD: banho; higiene corporal; uso da casa de banho; controlo vesical; mediante a sua necessidade de ajuda nos cuidados a ter com o cateter supra púbico; e subir escadas. Apenas é independente na alimentação (anexo VI) [GERMI, 2012].

Os resultados apurados em ambas as escalas não sofreram alteração durante os 3 dias de internamento do S. J.D, sendo que o índice de *Barthel* foi preenchido diariamente, inserido no programa informático do SU.

2.7. Necessidades Básicas

➤ Respiração: Tórax simétrico, com movimentos respiratórios profundos, predominantemente abdominais, com FR de 20 ciclos/minuto, sem sinais de dificuldade respiratória em repouso. Manteve-se durante os 3 dias de internamento em SO sob oxigenoterapia. A cabeceira da cama manteve-se preferencialmente elevada por apresentar cansaço fácil a pequenos esforços.

➤ Comunicação: O Sr. J.D. encontrava-se orientado na pessoa, tempo e no espaço. Humor adaptado à situação, estabelecendo uma relação empática comigo. Apresentava uma linguagem adequada ao contexto e às questões que lhe ia efetuando.

➤ Locomoção e Mobilidade: No que concerne aos membros superiores e inferiores, apresenta tónus muscular mantido, sem edemas nas extremidades. Tem dificuldade em deambular, referindo ter medo de cair, alternando períodos em que caminha com ajuda humana ou em cadeira de rodas. Nesta área e para complementar a minha avaliação apliquei a escala de *Holden*, de forma a identificar o grau de autonomia na marcha, tendo-se alcançado uma classificação de 1 ponto, que revela uma **marcha dependente nível II**, caracterizada pela elevada necessidade de ajuda, de forma a manter o equilíbrio e a coordenação motora (anexo VII) [GERMI, 2009].

➤ Risco de quedas: O risco de queda emerge inevitavelmente desta análise, bem como da entrevista inicial, pelo que decidi aplicar também a escala *Morse*, para objetivar o **risco de queda**, obtendo-se **baixo risco**, com um score de 20 (anexo VIII) [Urbanetto et al, 2013]. O risco de queda aqui relatado ainda não é avaliado no SU, no entanto é possível fazer esta avaliação através do programa informático do SU.

➤ Integridade da Pele: Apresenta pele íntegra, e mucosas coradas e hidratadas.

➤ Risco de desenvolvimento de úlceras por pressão: Aplicada a Escala de *Braden*, que se trata de um instrumento que permite a previsão do risco de **desenvolvimento de úlceras por pressão**, possuindo um score de 17, que traduz **baixo risco** (anexo IX). Esta escala foi preenchida diariamente no programa informático do SU, mantendo o mesmo resultado durante os 3 dias de internamento.

➤ Higiene Pessoal: O Sr. J. D. refere que é o seu filho que o ajuda a cuidar da sua higiene pessoal. Tem uma cadeira de banho que entra dentro da base de duche, permitindo que se lave com autonomia. Necessita apenas de ajuda nas transferências da cadeira de rodas para a cadeira de banho.

➤ Eliminação vesical: Apresenta uma drenagem supra púbica conectada a saco coletor, sendo o **filho** que faz o seu despejo, embora ainda se sinta inseguro nesta atividade revela: **“foram poucos dias que estive em casa com o saco... mas ainda tenho algumas questões”**. Durante o internamento teve sempre um débito urinário a rondar os 600cc de urina ligeiramente concentrada.

➤ Eliminação intestinal: Continente e sem alterações do trânsito intestinal.

➤ Hidratação: Ingere cerca de 3 garrafas de 75cl.

➤ Alimentação: O Sr. J.D. apresenta um Índice de Massa Corporal (IMC) de 20.5, tendo em conta que mede 1.60 cm e pesa cerca de 78 Kg. Quanto ao risco de desnutrição, foi aplicado o *Mini Nutricional Assessement* (MNA), obtendo-se uma classificação total de 20.5/30, encontrando-se sob **risco de desnutrição** (GIERM, 2012) (anexo X). O seu prato preferido diz ser feijão guisado com chouriço e ovo.

➤ Sono e Repouso: O Sr. J.D. refere dormir cerca de 7 horas por noite, embora com o recurso a medicação.

3. ENVOLVER-SE

Nesta fase é importante que a pessoa idosa se sinta valorizada, compreendida, ouvida, de forma a comunicar o que realmente a preocupa, quais os seus problemas, para que o enfermeiro consiga detetar as suas dificuldades, necessidades e potencialidades (Gomes, 2013). Repostando-me ao caso apresentado, o Sr. J.D. já se sentia mais tranquilo e com maior confiança nos cuidados prestados, a relação estabelecida permitia agora conhecer mais profundamente a sua singularidade, dando-se uma partilha de sentimentos e informações.

O Sr. J.D. referia que a sua preocupação principal era o facto de estar constantemente em situação de doença, com infeções respiratórias de repetição, interrogando-se se voltará a recuperar a sua saúde ou parte dela, sem que se tornasse mais dependente, de forma a não se tornar um peso para a sua família. Referia “cada vez estou mais dependente... cada dia que passo neste hospital sinto o meu andar a perder-se”. O cliente verbalizava com angústia a progressão da doença e questiona-se acerca da qualidade de vida que ia ter no futuro.

No que diz respeito ao sentido dado à doença, o Sr. J. D. associava muito a sua doença à morte da sua esposa, pensava que se ela ainda estivesse viva talvez tudo fosse diferente, aludindo: “estariamos juntos, a ultrapassar esta situação e não teria ido abaixo, se ao menos pudesse ter a minha família mais tempo junto de mim”.

A limitação do horário das visitas em SO era para o senhor gerador de sentimentos de insegurança e tristeza.

A família do Sr. J.D., mais especificamente o seu filho, cuidador principal, e a sua nora, demonstraram sempre preocupação em relação ao seu bem-estar e à sua evolução clínica, mencionando ter **dificuldades em casa na manipulação do cateter supra púbico**. O cuidador familiar compreendeu as informações que lhe foram transmitidas e demonstrou sempre interesse em adquirir mais conhecimentos para cuidar melhor do seu pai. Contudo, este cuidador vê-se confrontado com um grau de dependência crescente do Sr. J.D., o que o leva a ponderar apoio domiciliário após a alta, no seu domicílio, referindo «nem eu nem a minha mulher conseguimos pegar

nele, também temos problemas de saúde». Neste sentido, ofereci ajuda a esta família, explicando os apoios sociais existentes e colocando-me à disposição para agendar uma reunião com a assistente social. Considero que foi muito importante a relação empática criada com o cuidador, sem julgamentos ou ideias preconcebidas, compreendendo as suas angústias, de modo a promover o cuidado de Si (de si próprio e do Sr. J.D.). Teria sido interessante avaliar a sobrecarga do cuidador através da aplicação de instrumentos, mas tal não foi possível, pois o tempo de permanência do doente em SO foi apenas de 3 dias, não possibilitando tal colheita de dados.

Após a realização da avaliação multidimensional da pessoa idosa e de um conhecimento profundo das suas preocupações e as do seu cuidador familiar, é possível enumerar alguns problemas identificados durante o internamento do Sr J.D. no SU, corroborados através da utilização do acrónimo em inglês “SPICES” que identifica as seis principais condições que requerem intervenções de enfermagem decorrentes da institucionalização/hospitalização que são as seguintes: **problemas do sono (S), problemas com a alimentação (P), incontinência (I), confusão (C), evidência de quedas (E) e feridas (S)** (Fulmer, 2007).

Assim verifica-se como problemas para o Sr.^o J. D. a alimentação, mediante o risco de desnutrição apurado MNA, embora ainda apresente um IMC saudável e a incontinência urinária, mediante a existência de cateter supra púbico, com as dificuldades já expressas pelo próprio e pelo seu cuidador acerca da sua manipulação, cuidado e despejo do saco. Não se verificaram problemas ao nível do sono, visto o Sr. J.D. fazer medicação habitual para dormir, nem ocorreu episódios de confusão, quedas ou o surgimento de lesões de pele, possuindo um baixo risco de desenvolvimento de úlceras por pressão. Até à saída do resultado do exsudado nasal o Sr. J.D. permaneceu em situação de risco de infeção por MRSA, alvo de isolamento de contacto, atendendo à sua história de internamento e antibioterapia recente, bem como devido ao facto de ser portador de cateter supra púbico, uma porta de entrada para microrganismos.

4. CAPACITAR E POSSIBILITAR

Esta fase é caracterizada pela transmissão de informações, reflexão e negociação conjunta de intervenções a realizar para promover o cuidado de Si ou capacitar o assumir do cuidado do outro, com base no conhecimento presente acerca da pessoa e do seu contexto de vida (Gomes, 2009). Trata-se de uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para decidir e agir.

Neste sentido, após o conhecimento do S. J.D. e da aplicação de instrumentos de avaliação multidimensional da pessoa idosa, foram determinados os seguintes **diagnósticos de enfermagem** face aos problemas identificados: risco de infecção por MRSA, mediante os fatores de risco existentes; ventilação espontânea prejudicada, com a presença de hipoxemia e cansaço fácil a pequenos esforços associado a infecção respiratória; défice no autocuidado (banho/higiene) relacionado com aumento progressivo da dependência física e funcional; défice no autocuidado ao cateter supra púbico, relacionado com a insegurança e a falta de conhecimentos expressa pelo doente e seu cuidador familiar; e risco de desnutrição, detetado no MNA.

A prestação de cuidados ao Sr. J. D. foi pautada pelo diálogo, pela partilha de informações e pelo incentivo, tentando animá-lo no decorrer dos dias, promovendo a sua capacidade de resiliência e mantendo a sua autonomia. A educação para a saúde foi realizada juntamente com o filho, no sentido de o dotar de conhecimentos para saber agir e cuidar, prevenindo complicações, esclarecendo as questões e dando tempo para a reflexão e integração da informação.

Nestes 3 dias ajustei o meu horário de refeição de forma a estar sempre presente na hora da visita do filho, visto esta se desenvolver às 14h, de modo a disponibilizar tempo para estar com a pessoa idosa e seu cuidador familiar, com vista à sua capacitação como um processo contínuo, que necessita de ser trabalhado e investido de poder diariamente. Foi assim delineado um plano de cuidados individualizado e coerente com as necessidades do Sr. J.D. e com os recursos do contexto do SU.

5. COMPROMETER-SE: PLANO DE CUIDADOS

Com base num trabalho de parceria com a pessoa idosa e sua família, que visa transformar capacidades potenciais em reais, na prossecução dos objetivos definidos, foi elaborado um plano de cuidados, que promova o cuidado de Si. Este foi realizado com base na taxonomia NANDA, NIC, NOC, de forma a identificar, planejar e realizar intervenções de enfermagem (Johnson et al, 2009). O cuidador também foi alvo dos cuidados, pelo apoio que dá ao seu pai, mas também para que possa garantir a sua qualidade de vida para continuar a cuidar.

Só mediante um plano de cuidados dirigido e centrado na pessoa idosa, é que podemos alcançar *outcomes* positivos, com base num ambiente de suporte e facilitador da partilha de poder, com vista à promoção do seu bem-estar e satisfação nos cuidados (McCormack & McCance, 2013). O levantamento de diagnósticos de enfermagem tornam-se assim essencial para integrar e guiar as intervenções a realizar, uniformizando a linguagem e unindo a teoria e a prática clínica, com vista à qualificação e humanização dos cuidados.

O respetivo plano de cuidados encontra-se descrito na tabela abaixo apresentada, para uma mais fácil leitura, identificando os focos de atuação, os problemas identificados, os diagnósticos de enfermagem levantados, as intervenções de enfermagem e os compromissos assumidos.

Foco	Problemas Identificados	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Compromissos Estabelecidos em Parceria
• Prevenção da Infecção	• Risco de infecção por MRSA	Risco de infecção por MRSA, relacionado com história e internamento e antibioterapia recente e com a presença de cateter supra púbico.	Que o Sr. J.P. não desenvolva infecção por MRSA. Assegurar a segurança dos outros doentes internados em SO.	<ul style="list-style-type: none"> - Manter isolamento e precauções de contacto até documentação que comprovasse MRSA negativo no exsudado nasal. - Cumprir as precauções básicas de controlo da infecção. - Preparar e identificar a unidade do S.J.D., em situação de isolamento de contacto, garantindo a existência do material necessário. - Assegurar a existência de solução alcoólica no interior e exterior da unidade do S.J.D. - Supervisionar e apoiar a equipa multidisciplinar no vestir e despir do equipamento de proteção individual (EPI), esclarecendo questões; - Informar o Sr. J. D. e seu cuidador acerca das características da bactéria, modo de transmissão, explicando o motivo do isolamento de contacto preventivo e do EPI a utilizar e os cuidados a ter, - Permitir a visita do seu filho do seu filho todos os dias ao final da tarde, para além da hora definida no serviço para a visita. - Esclarecer e informar a família/visitas do Sr. J.D. sempre que surjam novas questões, fornecendo o folheto informativo. - Assegurar que as visitas do Sr. J. D. higienizam as mãos antes e depois da entrada na unidade, não contactam com outros doentes, nem com os seus objetos e não se sentam na cama do doente. 	<p><u>Com o Sr. J.P.:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Permanecer em isolamento de contacto até saída de resultado negativo para MRSA no exsudado nasal. - Higienização frequente das mãos com solução alcoólica principalmente antes das refeições. - Realização de cuidados de higiene diários. - Visita do seu filho todos os dias ao final da tarde, para além da hora definida no SO, de forma a promover o bem-estar do Sr. J.D., mediante o isolamento social que sente. <p><u>Com o cuidador familiar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Passar as mãos por solução alcoólica antes da visita; - Usar luvas, bata ou avental, com a ajuda e supervisão do enfermeiro. Ao sair do quarto, o material de proteção deverá ser descartado e as mãos higienizadas; - Não contactar com os outros doentes nem com os seus objetos, e não se sentar na cama do Sr. J.D.

• Respiração	• Dispneia e cansaço a pequenos esforços	Ventilação espontânea prejudicada, relacionado com a infecção respiratória, manifestado por dispneia a pequenos esforços.	Que o Sr. J. P. melhore a sua função respiratória.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar situações geradoras de dispneia. - Ensinar o Sr. J.D. a realizar posturas corporais corretas que permitam uma boa expansão pulmonar. - Planejar a atividade física ligeira e sempre acompanhada pelo enfermeiro. - Incentivar períodos de o repouso, alternando os decúbitos na cama. - Manter a cabeceira elevada, de forma a melhorar a respiração. - Cumprimento do esquema respiratório. - Iniciar cinesioterapia respiratória. - Incentivar a tossir. - Aspiração de secreções sempre que seja necessário. - Realizar reforço hídrico. - Monitorizar os sinais vitais, nomeadamente a dor e as saturações de O₂ periféricas. - Redução da ansiedade, dando suporte emocional, através da relação de parceria estabelecida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Permanecer com a cabeceira elevada. - Fazer períodos de repouso, alternando os decúbitos na cama. - Cumprir o esquema terapêutico instituído. - Cumprir a oxigenoterapia, não retirando a máscara facial/óculos nasais. - Aumentar a ingestão de água. - Em caso de dor ou desconforto, comunicar ao enfermeiro.
• Autocuidado Banho	• Défi ce no autocuidado para o banho/higiene corporal	Défi ce no autocuidado para o banho, relacionado com o aumento do grau de dependência, manifestado pela incapacidade de lavar a totalidade do corpo.	Que o Sr. J. P. assum a o cuidado de Si na tarefa do banho, mediante as suas capacidades.	<ul style="list-style-type: none"> - Manter os hábitos e rotinas de vida anteriores à situação de doença (hora e Tº da água). - Promover um ambiente seguro e calmo - Dar tempo para realizar a tarefa, não substituindo o Sr. naquilo que é capaz de fazer. - Falar de forma calma e assertiva, guiando-o. - Aplicação de creme hidratante e vitamina A, de forma a promover a integridade da pele. - Monitorizar a dor. - Avaliar o grau de ajuda necessária, informando o filho, de forma a ponderar apoio domiciliário após a alta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ajudar na tarefa do banho, nos passos que consegue realizar, como na lavagem da face, tórax e região genital. - Realizar o banho cerca das 10h, hora em que costumava fazer a sua higiene corporal.

• Autocuidado Eliminação vesical	• Défi ce no autocuidado ao cateter supra púbico	Défi ce autocuidado ao cateter supra púbico, relacionado com falta de conhecimento, manifestado por preocupação por parte do Sr. J.D. e seu cuidador.	<p>Que o Sr. J.D. e seu fi lho saibam enumerar os cuidados a ter na manipulação do cateter supra púbico.</p> <p>Que o Sr. J.D. não desenvolva infeção do trato urinário.</p>	<p>- Prestação de cuidados de higiene ao cateter supra púbico, nomeadamente limpeza do local de inserção com água tépida ou soro fisiológico colocando uma compressa de proteção entre o mesmo e a pele. Envolver o Sr. J.P nestes cuidados e permitir que o cuidador o faça durante uma das visitas, supervisionando e orientando a tarefa, promovendo a sua capacitação.</p> <p>- Vigiar débito urinário.</p> <p>- Vigiar as características da urina.</p> <p>- Vigiar sinais de infeção.</p> <p>- Incentivar a administração de reforço hídrico, nomeadamente água, chás, gelatinas e sumos.</p> <p>- Ensinar o fi lho (cuidador principal) sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Os cuidados a ter no manuseio do cateter, nomeadamente como limpar o local de inserção; ▪ Despejo do saco, seu posicionamento e fixação; ▪ Importância de vigiar quantidade de urina e suas características; ▪ Sinais de alerta – febre, urina com cheiro fétido, urina muito concentrada, retenção urinária, saída de exsudado no local de inserção do cateter, saída do cateter (necessidade de recorrer unidades de saúde); ▪ Importância da ingestão de água, cerca de 1.5 litros por dia, de forma a prevenir infeção. ▪ Os apoios de enfermagem existentes na comunidade, aos quais poderá recorrer sempre que sinta necessidade, disponibilizando os contactos telefónicos. 	<p><u>Com o Sr. J.D.:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a ingestão de água (1,5 litro/dia). - Ter cuidado com as mobilizações na cama de forma a não sofrer traumatismo no local de inserção no cateter. - Colaborar na limpeza do local de inserção do cateter, dentro das suas possibilidades, mediante o conhecimento adquirido. <p><u>Com o cuidador familiar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização dos cuidados ao cateter supra púbico durante a visita, de forma a capacitá-lo para assegurar o cuidado do seu pai. - Promover junto do seu pai no domicílio o aumento da ingestão de água, sumos, chá e gelatinas, evitando a desidratação. - Contatar aquando a alta os cuidados de saúde na comunidade, em caso de qualquer questão que surja.
---	---	---	--	---	---

Malnutrição	Risco de desnutrição	Nutrição Desequilibrada: Menos do que as necessidades corporais, relacionado com situação de doença aguda recente, manifestado pela perda de peso recente e pelo risco de desnutrição evidenciado no MNA.	Que o Sr. J.P. mantenha um IMC saudável e mantenha uma alimentação equilibrada e diversificada.	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o estado nutricional do Sr. J.D. - Ponderar a introdução de suplementos nutricionais de reforço proteico e calórico entre as principais refeições. - Solicitar apoio à nutricionista do hospital, de forma a promover uma dieta em função das necessidades e preferências do Sr. J.D. - Dar tempo para o Sr. J.P. comer; - Realizar higiene oral antes e depois das refeições. - Explicar à família a importância de uma nutrição adequada para a redução dos problemas de saúde, nomeadamente o aparecimento de úlceras por pressão. - Reforçar a administração de água e líquidos. - Ponderar a introdução de um lanche a meio da manhã e da ceia. - Permitir que o filho lhe traga alguns alimentos que goste na hora da visita (iogurtes, sumos). - Vigiar sinais de náuseas, vómitos ou diarreia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a ingestão de água (1,5 litro/dia) e líquidos. - Introdução de lanche a meio da manhã e da ceia. - Avaliar o peso e IMC semanalmente. - Permitir que ingira alimentos trazidos pelo seu filho, nomeadamente os seus iogurtes e sumos preferidos.
--------------------	-----------------------------	---	---	---	--

6. ASSEGURAR OU ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI OU DO OUTRO: AVALIAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A relação de parceria estabelecida com a pessoa idosa permitiu ajudá-la a compreender o seu processo de doença e recuperação, promovendo a sua participação ativa nos cuidados, por meio da negociação e do estabelecimento de compromissos. O Sr. J.D. e seu cuidador familiar sentem-se valorizados e com força para gerir e ultrapassar a atual situação de doença, com vista à continuação da sua trajetória de vida.

Consegui criar uma relação afetiva com o Sr. J.D., proporcionando momento de reflexão e de partilha de informação, no sentido de o capacitar para assumir o cuidado de Si, possibilitando transformar as suas capacidades potenciais em reais. Neste âmbito o envolvimento do seu cuidador familiar foi essencial para assegurar a continuidade de cuidados após a alta, no seu domicílio, diminuindo o risco de complicações e possíveis inseguranças.

Reportando-se ao caso em estudo, o Sr. J. D. e sua família, cumpriram todos os compromissos assumidos, nomeadamente os que se relacionavam com as medidas de controlo da infeção aconselhadas, compreendendo a sua necessidade e importância. Após o resultado negativo, ao terceiro dia de internamento, o senhor saiu da situação de isolamento, sentindo-se mais tranquilo e confiante na sua recuperação.

Foi também possível verificar que o Sr. J.D. apresentava uma maior autonomia e motivação para colaborar nos cuidados no banho e ao cateter supra púbico, embora ainda necessite de ajuda em alguns passos. O filho, como cuidador principal tem uma função primordial no assegurar do cuidado do seu pai, tendo realizado no terceiro dia de internamento os cuidados ao cateter durante a sua visita, sob meu ensino e orientação.

A situação clínica do Sr. J.D. sofreu uma mudança favorável, com melhoria dos valores gasométricos e do padrão respiratório, sem episódios de descompensação ou necessidade de medicação SOS, tolerando melhor os esforços físicos.

A alimentação fornecida ao Sr. J.D. foi ajustada pela dietista do hospital, contendo reforço proteico nas refeições principais, e passou a incluir um pequeno lanche a meio da manhã e uma ceia. Muitos destes lanches eram partilhados e fornecidos pelo filho, o que se transformou numa fonte de motivação e alegria para si.

O Sr. J. D. referiu sentir-se mais confortável com a presença do seu filho junto de si mais vezes durante o dia, e não apenas durante os 30 minutos previstos da visita. O doente e sua família estão mais informados acerca da situação clínica, demonstrando confiança na equipa multidisciplinar. Contudo, ainda persistem momentos de tristeza no decurso do internamento, o que exige uma intervenção continuada no tempo e adaptada a cada momento.

A preocupação dedicada à situação do Sr. J.D. e o respeito pela sua individualidade facilitou a negociação das estratégias a adotar e possibilitou uma preparação da alta desde o primeiro dia de internamento em SO, evitando mais perdas, funcionais e emocionais.

Em suma, o Sr. J. D. e seu cuidador familiar conseguiram assumir o cuidado de Si durante o internamento, o qual necessita de ser trabalhado de forma contínua, com base na negociação e partilha de poder, no sentido de prosseguir com o seu projeto de vida e de saúde. Assim, promovendo a continuidade de cuidados, foram transmitidos à colega do serviço de medicina, aquando a transferência do Sr. J.P., todos os compromissos assumidos e as intervenções já realizadas, e aquelas que necessitam de ser mantidas, de forma a evitar complicações e a promover o bem-estar desta pessoa idosa e sua família.

CONCLUSÃO/REFLEXÃO

O envelhecimento populacional traz consigo um previsível aumento de problemas de saúde e doenças crônicas, que urge dar resposta. Face ao exposto importa manter a dignidade das pessoas idosas, para que a velhice seja vivida com bem-estar e que este seja sinónimo de sabedoria e conhecimento. Para tal, é urgente assumir a pessoa como “a primeira fonte de conhecimento” (Collière, 1999, p.246). Citando Collière (2003, p.134) “cuidar é assim aprender a discernir o que necessita de estimulação, de desenvolvimento de forças e de capacidades de vida, mas também o que exige manter as capacidade existentes, atenuar ou compensar as perdas (pessoas idosas) e acompanhar o que é incerto, ou se debilita”.

Após a realização deste estudo de caso consigo conceber a pessoa idosa em todas as suas dimensões, no que já foi, no que é, e no que ainda pode ser, com um projeto de vida a considerar, a valorizar e a respeitar. O estudo de caso torna-se assim um instrumento essencial na aprendizagem, que proporciona a capacidade de interiorizar conhecimentos relativos a determinados conceitos (Benner, 2001).

Promover o bem-estar, o conforto e a qualidade de vida da pessoa idosa são assim princípios guia na minha prestação de cuidados enquanto futura enfermeira especialista, mediante a identificação, prescrição, implementação e avaliação de intervenções, que contribuam para evitar problemas ou minimizar potenciais efeitos indesejáveis (OE, 2012).

A centralidade dos cuidados na pessoa idosa, presente no modelo de parceria, assume-se como prioritário na intervenção de enfermagem. É necessário um conhecimento profundo do contexto de vida e de doença da pessoa idosa, para promover o cuidado de Si. É necessário dispor de tempo e espaço para estar com o outro, dando resposta às suas preocupações e inquietudes. Quando a pessoa idosa é alvo desta atenção particular, sente-se ativa no seu processo de cuidados, envolvida na sua recuperação, o que promove *outcomes* positivos, capazes de manter a sua autonomia e evitar complicações. É importante disponibilizar todas as informações solicitadas pela pessoa idosa, respeitar e apoiar as suas decisões, colocando-nos sempre como um recurso válido, sempre que sinta necessidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, F., Ribeiro, J. L. P. R., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66. Acedido em 01/11/2014. Disponível em <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2007-2/05.pdf>;

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de Enfermagem* (Edição Comemorativa ed.). Coimbra: Quarteto Editora;

Collière, M. (1999). *Promover a Vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses;

Collière, M. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência;

Dawood, M., Dobson, A., & Barnerjee, J. (2011) Treatment of older people in emergency departments. *Emergency Nurse*. 19(7)18-19;

Direção Geral de Saúde (2014). *Norma nº018/2014 - Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA)*. Acedido em 01/01/2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de09122014.aspx>;

Ellis, G. , Marshal, T. & Ritchie, C. (2014). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clinical Interventions in Aging*. 9, 2033-2043;

Fulmer, T. (2007). How to try this – Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 107 (10), 40-48. Acedido em 01/11/2014. Disponível em <http://nursing.ceconnection.com/nu/public/modules/1187>;

Gomes, I.D. (2009). *Cuidado de Si A Natureza da Parceria entre o enfermeiro e o doente idoso o domicílio*. (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa;

Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência;

Hwang, U. & Morrison, R.S. (2007). The geriatric emergency department. *Journal of the American Geriatrics Society*. 55. (11). 1873-1876;

Johnson, M., Bulechek, G, Butcher, H., Dochterman, J. M., Maas, M., Moorhead, S. & Swanson (2009). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC: Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem*. Porto Alegre: Artemed;

Legrain, S., Tubach, F., Bonnet-Zamponi, D., Lemaire, A., Aquino, J., Paillaud, E.,... Lacaille, S. (2011) A New Multimodal Geriatric Discharge-Planning Intervention to Prevent Emergency visits and rehospitalizations of older adults: The Optimization of Medication in AGEd Multicenter Randomized Controlled Trial. *The American Geriatrics Society*. 59(11).2017-2028;

Levy, S. M. (2001). Avaliação Multidimensional do Paciente Idoso. In Reichel, *Assistência ao Idoso: Aspectos Clínicos do Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;

Marques, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa: Relógio D'Água Editores.

McCormack, B. & McCance, T. (2013). *Person-centred Nursing: Theory and Practice*. Oxford: Wiley-Blackwell;

Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna – GERMI (2012). *Avaliação Geriátrica*. Acedido a 10/12/2014. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf;

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados Descritivos*. Acedido em 10/12/2015. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>;

Paixão Jr, C. M. & Reichenheim (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Caderno de Saúde Pública*, 21 (7), 7-19. Acedido em 10/12/2014. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csp/v21n1/02.pdf>;

Salvi, F., Morichi, V., Grilli, A., Giorgi, R., De Tommaso, G. & Dessì-Fulgheri, P. (2007). The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. *Internal Emergency Medicine*. 2. 292-301;

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda.

ANEXOS

Anexo I:
Escala de Coma de Glasgow

ESCALA DE COMA DE GLASGOW*

Abertura Ocular	Espontânea	④
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece comandos	⑥
	Localização dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	⑤
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nenhuma	1

*Integrado no programa *Alert* do SU do Hospital Distrital

Anexo II:

Mini Mental State Examination de Folstein

MINI MENTAL STATE:

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? x Em que país estamos? ✓

Em que mês estamos? ✓ Em que distrito vive? ✓

Em que dia do mês estamos? x Em que terra vive? ✓

Em que dia da semana estamos? x Em que casa estamos? ✓

Em que estação do ano estamos? ✓ Em que andar estamos? ✓

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor”.

Pêra ✓

Gato ✓

Bola ✓

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar”.

27 x 24 x 21 x 18 x 15 x

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta.)

“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”.

Pêra x

Gato ✓

Bola ✓

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a. “Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio ✓

Lápis ✓

b. “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA” ✓

c. “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita ✓

Dobra ao meio ✓

Coloca onde deve ✓

d. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos x

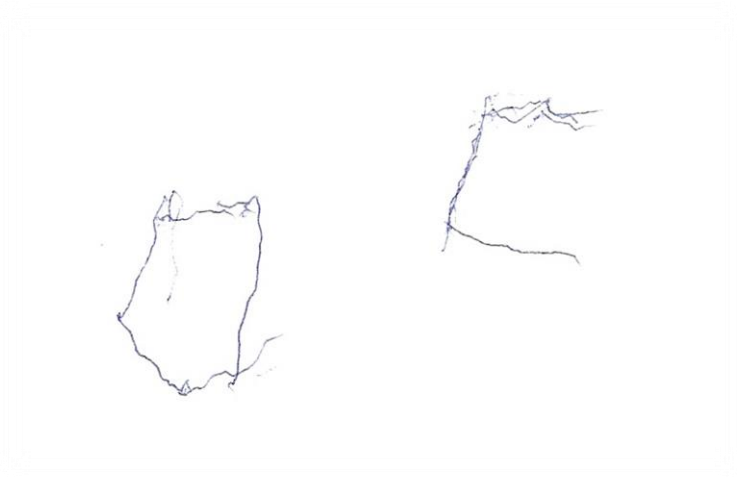
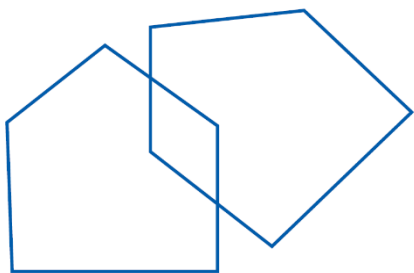
e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a

pontuação. x

6. Capacidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

x



TOTAL (Máximo 30 pontos): **18**

Bibliográfica:

GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 01/12/2014. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf.

Anexo III:

Escala *Clinical Dementia Rating* para Avaliação Clínica da Demência

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DEMÊNCIA (CDR)

CDR Clinical Dementia Rating

Resultado

	0	0.5	1	2	3
Memória					
Orientação					
Discernimento e Resolução de Problemas					
Relacionamento com a comunidade					
Casa e Passatempos					
Cuidados Pessoais					

CDR=1 – **Demência Ligeira**

RESUMO:

1. Se pelo menos 3 CS são = **M** então **CDR** = **M**
2. Se 3 ou + CS são > (ou <) a **M** então **CDR** = maioria das CS > (ou <) **M**
3. Sempre que 3 CS têm pontuação de um lado de **M** e as outras duas têm pontuações do outro lado, **CDR** = **M**
4. Se **M** = 0,5 e 3 ou mais CS são pontuadas ≥ 1 então **CDR** = 1
5. Se **M** = 0,5, **CDR** não pode ser 0 (zero), só pode ser 0,5 ou 1
6. Se **M** = 0 então **CDR** = 0 exceto se 2 ou mais CS forem $\geq 0,5$ então **CDR** = 0,5

Bibliografia:

<http://alzheimer.wustl.edu/cdr/PDFs/Translations/Portuguese%20Portugal.pdf>,
acedido em 01/12/2014.

Anexo IV:

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE
VERSÃO CURTA

		SIM	NÃO
1	Está satisfeito com a sua vida?	0	①
2	Abandonou muitos interesses e atividades?	①	0
3	Sente que a sua vida está vazia?	①	0
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	①	0
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	①
6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	①	0
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	①
8	Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1	①
9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	①
10	Sente-se que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	①
11	Atualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	①	1
12	Sente-se inútil?	①	0
13	Sente-se cheio de energia?	0	①
14	Sente-se sem esperança?	1	①
15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	①	0

Total: 10

Pontos

<i>Sem depressão</i>	0-5
<i>Depressão ligeira</i>	<u>6-10</u>
<i>Depressão grave</i>	11-15

Referência Bibliográfica:

GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 01/12/2014. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf.

Anexo V:
Escala de Lawton & Brody (AIVD)

ESCALA DE LAWTON & BRODY

Atividades Instrumentais de Vida Diárias

1) Utilização de telefone	
1	Utiliza o telefone por iniciativa própria
1	É capaz de marcar bem alguns números familiares
1	É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar
0	Não é capaz de usar o telefone
2) Fazer compras	
1	Realiza todas as compras necessárias independentemente
0	Realiza independentemente pequenas compras
0	Necessita de ir acompanhado para fazer compras
0	É totalmente incapaz de comprar
3) Preparação de refeições	
1	Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente
0	Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos
0	Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada
0	Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições
4) Tarefas domésticas	
1	Mantem a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)
1	Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama
1	Realiza tarefas ligeiras, mas não ode manter um nível adequado de limpeza
0	Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
0	Não participa em nenhuma tarefa doméstica
5) Lavagem da roupa	
1	Lava sozinho toda a sua roupa
1	Lava sozinho pequenas peças de roupa
0	A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros
6) Utilização de meios de transporte	
1	Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro
1	É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte
1	Viaja em transportes públicos quando sai acompanhado
0	Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros
0	Não viaja
7) Manejo de medicação	
1	É capaz de tomar a medicação à hora e dose corretas
0	Toma a medicação se a dose é preparada previamente
0	Não é capaz de administrar a sua própria medicação
8) Responsabilidade de assuntos financeiros	
1	Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho
1	Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco
0	Incapaz de manusear o dinheiro

Mulher		Homem
0-1	Dependência total	0
2-3	<u>Dependência Grave</u>	①
4-5	Dependência moderada	2-3
6-7	Dependência ligeira	4
8	Independente	5

Referência Bibliográfica:

GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 01/12/2014. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf.

Anexo VI:
Índice de Barthel (AVD)

ÍNDICE DE BARTLHEL

ITENS	Atividades Básicas de Vida diárias	Cotação
Alimentação	<u>Independente</u> (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Necessita de ajuda para cortar, levar a boca etc.)	5
	<u>Dependente</u>	0
Vestir	<u>Independente</u> (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	5
	<u>Dependente</u>	0
Banho	<u>Independente</u> (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	5
	<u>Dependente</u>	0
Higiene Pessoal	<u>Independente</u> (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	5
	<u>Dependente</u>	0
Uso da casa de banho	<u>Independente</u> (Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5
	<u>Dependente</u>	0
Controlo intestinal	<u>Independente</u> (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres fá-lo sozinho)	10
	<u>Incontinente ocasional</u> (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres)	5
	<u>Incontinência fecal</u>	0
Controlo vesical	<u>Independente</u> (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho)	10
	<u>Incontinente ocasional</u> (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor)	5
	<u>Incontinente ou algaliado</u>	0
Subir escadas	<u>Independente</u> (Sobe e desce as escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	5
	<u>Dependente</u>	0
Transferência cadeira-cama	<u>Independente</u> (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15
	<u>Necessita de ajuda mínima</u> (Ajuda mínima e supervisão)	10
	<u>Necessita de grande ajuda</u> (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	5
	<u>Dependente</u>	0
Deambulação	<u>Independente</u> (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas)	15
	<u>Necessita de ajuda</u> (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10
	<u>Independente com cadeira de rodas</u> (anda pelo menos 50 metros)	5
	<u>Dependente</u>	0

Total= 30 pontos

Pontuação	
90-100	Independente
60-89	Ligeiramente dependente
40-55	Moderadamente dependente
20-35	<u>Severamente dependente</u>
< 20	Totalmente dependente

Referência Bibliográfica:

GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 01/12/2014. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf.

Anexo VII:
Classificação da Marcha de Holden

CLASSIFICAÇÃO DA MARCHA DE HOLDEN

Categoria	Descrição
0 Marcha ineficaz	O idoso é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura.
① <u>Marcha dependente</u> <u>Nível II</u>	O idoso necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou manter o equilíbrio ou a coordenação.
2 Marcha dependente Nível I	O idoso requer uma ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação.
3 Marcha dependente com supervisão	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos.
4 Marcha independente (superfície plana)	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas.
5 Marcha independente	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas.

Nota: assinalar o tipo de ajuda necessário: 1 bengala ou muleta, 2 bengalas ou muletas, andarilho

Referência Bibliográfica:

GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 01/12/2014. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf.

Anexo VIII:

Escala de Morse para Avaliação do Risco de Queda

ESCALA DE MORSE

<i>Morse Fall Scale - Versão original</i> ¹³	<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	Pontos
1. History of falling	1. Histórico de quedas	
No	Não	0
Yes	Sim	25
2. Secondary diagnosis	2. Diagnóstico Secundário	
No	Não	0
Yes	Sim	15
3. Ambulatory aid	3. Auxílio na deambulação	
None/Bed read/Nurse assist	Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
Crutches/Cane/Walker	Muletas/Bengala/Andador	15
Furniture	Mobiliário/Parede	30
4. Intravenous Therapy/Heparin lock	4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
No	Não	0
Yes	Sim	20
5. Gait	5. Marcha	
Normal/Bed rest/Wheelchair	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
Weak	Fraca	10
Impaired	Comprometida/Cambaleante	20
6. Mental status	6. Estado Mental	
Oriented to own ability	Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
Overestimates/forgets limitations	Superestima capacidade/Esquece limitações	15

TOTAL SCORE: 20

Resultado:

0-24 – Baixo Risco

25-44 – Médio Risco

≥45 - Alto Risco

Referência Bibliográfica:

Urbanetto, J. S. U., Creutzberg, M., Franz, F., Ojeda, S., Gustavo, A. S., Bittencout, Q. L. S. ... Farinam V. A. (2013) Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. Revista Escola Enfermagem São Paulo, 47 (3), 569-575. Acedido a 01/12/2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00569.pdf>.

Anexo IX:

Escala de Braden para Avaliação do Risco de Úlceras Por Pressão

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO*

Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	4			
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	3			
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	2			
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	3			
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasional-mente entre as refeições. Não requer suplementos.	3			
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descal frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.		2			
<p>Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.</p> <p>© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989; Validada para Portugal por Margato, Carlos; Miguéns, Cristina; Ferreira, Pedro; Gouveia, João; Furtado, Kátia.(2001)</p>					Pontuação total	1	7	

*Integrada no programa *alert* do SU do Hospital Distrital

Anexo X:
Mini Nutricional Assessment

Mini Nutritional Assessment MNA[®]

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido: D.	Nome: Sr. J.				
Sexo: M	Idade: 85 anos	Peso, kg: 78 Kg	Altura, cm: 1,60 m	Data:	

Responda à secção "Triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "Triagem".
Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem	
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	<input type="checkbox"/>
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	<input type="checkbox"/>
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	<input type="checkbox"/>
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m) ² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12-14 pontos: estado nutricional normal	
9-11 pontos: sob risco de desnutrição	
0-7 pontos: desnutrido	
Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R	
Avaliação global	
G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital) 1 = sim 0 = não	<input type="checkbox"/>
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>

References
1. Vellas B, Vilars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:456-465.
2. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol*. 2001; 56A: M366-377
3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
Para maiores informações: www.mna-elderly.com

J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	<input type="checkbox"/>
K O doente consome: • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? • carne, peixe ou aves todos os dias? 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»	sim <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim	<input type="checkbox"/>
M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	<input type="checkbox"/>
O O doente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	<input type="checkbox"/>
P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Avaliação global (máximo 16 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Pontuação da triagem <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Pontuação total (máximo 30 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Avaliação do Estado Nutricional	
de 24 a 30 pontos	<input type="checkbox"/>
de 17 a 23,5 pontos	<input checked="" type="checkbox"/>
menos de 17 pontos	<input type="checkbox"/>
estado nutricional normal	
sob risco de desnutrição	
desnutrido	

Referência Bibliográfica:

GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 01/12/2014. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf.

APÊNDICE XIV:

NOTAS DE CAMPO REALIZADAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO NO SERVIÇO DE
URGÊNCIA

NOTAS DE CAMPO SU Nº 1 - A PESSOA IDOSA COLONIZADA COM MRSA NO SU

A promoção do cuidado centrado na pessoa como estratégia para a prevenção da infecção por MRSA

DATA: 16/12/2014

INTERVENIENTES: Enfermeira estagiária (própria), enfermeiro do SU (colega), Sr. M. (81 anos) e sua filha (cuidadora principal)

LOCAL DA INTERAÇÃO: Serviço de Observação (SO) do Serviço de Urgência (SU)

MOTIVO DE INTERNAMENTO: Infecção Respiratória e Colonização por MRSA

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO	ANÁLISE DA SITUAÇÃO
1º Momento Encontrava-me a realizar mais um dia de estágio no SU, quando a minha enfermeira orientadora me informou que existia um doente internado em SO colonizado com <i>Staphylococcus aureus</i> Metilino-Resistente (MRSA), em situação de isolamento de contato. Dirigi-me ao colega que estava responsável pelos seus cuidados, e perguntei-lhe o que sabia acerca da situação do doente, e se poderia ajudar nos seus cuidados. prontamente disse que sim, e que a informação que dispunha é que se tratava do Sr. M, que tinha recorrido ao SU por quadro de dificuldade respiratória, tendo ficado internado com o diagnóstico médico de infecção respiratória. Como antecedentes pessoais possuía: insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, hiperplasia benigna da próstata, com algaliação crónica no domicílio	1º Momento O envelhecimento encontra-se envolto numa visão negativa, muito associada à deterioração física e a sentimentos como o desalento, frustração e infelicidade, durante o qual se perde projetos futuros, protagonismo e importância face ao que já foi, ao seu passado glorioso (Rosa, 2012). Estes sentimentos surgem de forma mais intensa em situação de internamento hospitalar, cabendo aos profissionais de saúde promover o bem-estar, conforto e segurança da pessoa idosa, de forma a manter os seus objetivos de vida. A hospitalização aumenta o risco de infeções e de acidentes na pessoa idosa, propiciando a uma aumento da imobilidade e da dependência, que se estende após a alta, levando a dificuldades na sua reintegração na família, habitação e atividades (Marques, 2011).

neoplasia cutânea frontotemporal, submetido a excisão há cerca de 2 meses, e história de internamento recente há 1 mês por insuficiência cardíaca descompensada. Transmitiu-me também que o doente já teria recebido a visita da sua filha, cuidadora principal, com quem residia. Segundo o colega encontrava-se vígil e orientado no espaço, tempo e pessoa, sob oxigenoterapia, soroterapia e antibioterapia.

Devido ao fato de ser portador de um dispositivo invasivo no domicílio e há história de 2 internamentos recentes, cumpriu critérios para realização de rastreio nasal para MRSA, cujo resultado apurado foi positivo, confirmando-se a presença de colonização, o que exigiu manter-se internado em quarto individual, sob precauções de contato.

Perante tal informação, aproximei-me do quarto de isolamento onde o Sr. M permanecia... quarto este fechado, sem janela, privado de luz natural, e sem sanitários individualizados. Da cama só visualizava a porta e por ela (pelo vidro) o corrúpio de macas, doentes, e profissionais numa azáfama constante, sem uma palavra e um olhar particular.

Assim, urge prevenir efeitos deletérios para a pessoa idosa, como as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), nomeadamente o MRSA.

O rastreio de vigilância ativa para MRSA foi cumprido, mediante a identificação dos fatores de risco presentes, indo ao encontro das orientações da norma nº018/2014 da Direção Geral de Saúde (DGS), acerca da Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA).

Contudo, a implementação das diretrizes emanadas pela DGS, não podem ser desarticuladas da pessoa idosa, alvo de cuidados, pois tem que ser realizadas com ela, com base num trabalho conjunto de parceria, permitindo a prossecução do seu projeto de saúde e de vida. Citando Gomes (2013, p.94) a pessoa idosa tem que ser vista como “um ser de projeto e de cuidado”, para além de um ser de necessidades, detentora de uma identidade própria e de querereres. Assim, é crucial o estabelecimento de uma relação de parceria com os doentes, através de um processo dinâmico, negociado e partilhado de poder.

O colega responsável pelos cuidados «corria» pelas macas a programar os alarmes dos monitores e a avaliar sinais vitais, sentando-se frequentemente ao computador a escrever notas de enfermagem, após 2 hora de turno. Perguntei-lhe se queria a minha ajuda no cuidado ao Sr. M., ao qual me respondeu: «*esse doente está feito, mas se quiseres fazer mais alguma coisa... vê lá!*».

Senti de imediato que esta situação carecia da minha intervenção, pelo que vesti o equipamento de proteção individual (EPI) e aproximei-me do Sr. M. apresentei-me e atribui-lhe alguns minutos de atenção, tentei conhecê-lo, perceber o que o afligia e suas necessidades, cuja resposta foi: «*será que pode abrir a porta? sinto-me preso!*», «*sabe, já é a terceira vez que estou internado em dois meses, sinto-me cansado, e agora isto...*». Preso foi a expressão utilizada pelo Sr. M. para retratar o que sentia, preso ao hospital há dois meses, à sua situação de doença, ao quarto de isolamento, e a si, pela perda de autonomia que vivenciava.

O colega não estava desperto para a importância de trabalhar em parceria com a pessoa idosa, e para os efeitos nefastos das suas atitudes, apenas centralizadas na doença, nos cuidados tecnológicos, e nos registos informáticos. Tal como refere Gândara (2013, p.128) os cuidados de enfermagem ainda continuam submetidos a uma “sobrevalorização de um só conjunto de capacidades como seja o domínio técnico”, dando apenas ênfase à cura da doença, relegando a relação para um plano secundário. A pessoa idosa é desprovida da sua identidade no decurso do internamento hospitalar e assume uma outra que lhe é atribuída pela sua situação de doença (Gândara, 2013).

Contrariando esta conceção despersonalizada dos cuidados urge adotar um modelo de cuidados em parceria com a pessoa idosa, o qual regeu a minha atuação profissional nesta situação.

Numa primeira fase dei-me a conhecer e procurei conhecer o Sr. M. – **Revelar-se.** O conhecimento da pessoa idosa iniciou-se com a informação oral transmitida pelo colega, e foi complementada com a interação com o próprio doente, o que exigiu a mobilização de competências de comunicação e relação que permitiram compreender o significado que esta situação de doença tinha para si (reconheci a necessidade de abrir a porta do seu quarto, quer por se tratar de um isolamento de contacto, quer pelo desconforto que provocava no Sr. M.).

Nesta relação de cuidados, disponibilizei a minha ajuda ao Sr. M., demonstrando respeito pela sua identidade e dignidade, avaliando a sua situação. O Sr. M, referiu-me que vivia com a sua filha, pois já necessitava de ajuda nas atividades de vida diárias, mas que nunca pensou vir a estar assim, fechado, sem uma palavra, uma justificação, não compreendendo a sua atual situação de doença. Nestas palavras apercebo-me da existência de um défice de conhecimentos, não tendo sido informado do seu diagnóstico e do porque do isolamento de contato imposto.

Neste sentido, optei por explicar ao Sr. M. com maior detalhe a necessidade do internamento, o motivo das precauções de contato, o

A segunda fase do modelo de parceria de cuidados – **Envolver-se** – suporta-se no estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade e confiança (Gomes, 2013). Neste caso foi importante transmitir disponibilidade ao Sr. M., assente numa atitude empática e compreensiva, onde me revelou as suas angústias e preocupações (não compreendendo a sua situação de doença e o porque da necessidade de estar em isolamento de contato). Tal como defende Gomes (2013, p.100) o enfermeiro tem que estar “disponível para escutar, demonstrando disponibilidade, solicitude, preocupação, uma atitude centrada na pessoa; demonstra respeito pela identidade do doente idoso e pelo espaço de intimidade desde; promove o cuidado em ambiente seguro (...)”.

Na interação com o doente, o enfermeiro demonstra competência técnica e relacional, utilizando estratégias de transparência e de verdade, para que a pessoa comunique o que a preocupa, o que para si é problema (Gomes, 2013). O envolvimento relacional com o Sr. M, possibilitou perscrutar as suas necessidades e potencialidades, permitindo identificar uma falta de conhecimentos relativamente à sua situação de doença.

Capacitar ou possibilitar – esta fase caracteriza-se pela ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir (Gomes, 2013). Pretendi informar o Sr. M. dos cuidados necessários para ultrapassar a situação atual de doença, nomeadamente o

significado da colonização por MRSA, e suas consequências se não realizasse o esquema de descolonização prescrito.

Através da relação de parceria estabelecida, o Sr. M. sentiu uma maior confiança nos profissionais de saúde, ficando menos ansioso face à situação e com um maior domínio dos acontecimentos, sabendo o que poderia estar de nós e o que era esperado dele.

O doente assumiu o compromisso de ficar em isolamento de contato até à saída do resultado que confirmasse a ausência de colonização nasal por MRSA, colaborando no tratamento com mupirocina e clorhexidina. Eu assumi o compromisso de manter a porta aberta do quarto aberta durante a sua permanência em isolamento de contato, possibilitando a visita de seus familiares duas vezes por dia.

Após este momento o Sr. M. permanecer calmo, agradecendo a atenção oferecida, referindo sentir-me mais «*aliviado*» e com capacidade para tomar decisões, embora sempre partilhadas com os profissionais de saúde e sua família. Disponibilizei também a minha ajuda ao Sr. M., referindo que poderia chamar-me sempre que sentisse necessidade e se surgisse alguma questão que o incomodasse.

cumprimento do oxigenoterapia e do esquema de descolonização necessário, e de como poderia colaborar no seu processo de cuidados, capacitando-o para o cuidado de Si. Tentei com a minha intervenção desenvolver um processo negociado, esclarecido, reflexivo e negociado, sem supremacias de poder, com o intuito de ajudar a pessoa a transformar capacidades potenciais em reais.

Comprometer-se – Nesta etapa do processo de parceria são desenvolvidos esforços para atingir os objetivos definidos (Gomes, 2013). Nesta situação eu e o doente assumimos compromissos de forma a promover o cuidado de Si, e a prevenir eventos adversos, mantendo a sua segurança.

Assumir o controlo do cuidado de si próprio – Depois da relação estabelecida entre mim e o Sr. M, embora desenvolvida num curto espaço de tempo, considero que consegui tocar em todas as fases do modelo de parceria de cuidados. O Sr. M. a partir deste momento encontrava-se informado, tinha controlo sobre a sua situação de saúde, detinha conhecimento e estava mais calmo para colaborar nos cuidados a realizar, compreendendo a sua importância, sentindo-se com mais esperança na sua recuperação.

2º Momento

Após despir o EPI, fui ter como o colega que se encontrava no exterior, perguntando-lhe se algum profissional de saúde tinha informado o Sr. M acerca da sua situação clínica, ao qual me responde de imediato: *«mesmo há pouco o médico teve a falar com a filha na hora da visita! E eu ainda não tive tempo!»*.

Era crucial a minha intervenção, de forma a incentivar a mudança da atitude do colega e a promover um trabalho em parceria com o

2º Momento

Denota-se na situação descrita que os profissionais de saúde continuam a restringir o envolvimento das pessoas idosas no processo de cuidados, não valorizando a sua capacidade de decisão, por ser idoso. É necessário combater este idealismo e estes comportamentos paternalistas. Tal como Marques (2011, p.86) refere “Muitas vezes as pessoas idosas vêem a sua capacidade de decisão restringida pelos familiares e pelas instituições” (Marques, 2011, p.86). Não se pode negligenciar os sentimentos e a privacidade da pessoa idosa, pois estas tem o dever à informação e a decidir acerca dos procedimentos a seguir.

A única razão que justifica a “sua ocorrência prende-se com o facto de todos nós, profissionais de saúde, familiares e cuidadores, tendermos a assumir uma representação do idoso como incapaz, incompetente e passivo que precisa que os outros assumam o controlo da sua vida. Isto não significa que não devamos prestar auxílio quando necessário, mas deve ser feito sempre um esforço para envolver as pessoas idosas na decisão e respeitar a sua privacidade (Marques, 2011, p.87).

Esta situação proporcionou-me uma janela de oportunidade para dinamizar um momento formativo ao colega, pois tal como refere Bártolo (2007, p.19) “a aprendizagem, integrada nas situações de trabalho de cada profissional de saúde, contribui para o

doente. Assim, mobilizando os conteúdos teóricos adquiridos nas unidades curriculares de supervisão clínica e de enfermagem avançada, assim como o conhecimento científico desenvolvido na elaboração do projeto, possibilitou-me uma intervenção assertiva junto do colega, referindo: *«eu percebo que o SO esteja sobrelotado, que o trabalho seja muito, mas o Sr. M. necessita da nossa ajuda, de enfermagem, seria uma boa estratégia se deixasses as notas para o final do turno e dedicasses uma maior atenção a este doente, pois está muito ansioso, por não compreender a sua situação»*.

Expliquei ao colega a importância de conhecer a pessoa idosa, as suas necessidades, preocupações e angústias, promovendo a sua capacitação para o cuidado de Si. Envolvi o colega nos compromissos assumidos com o Sr. M., tendo acompanhando-o à unidade do doente, permitindo que se apresentasse e também ele mostrasse a sua disponibilidade ao outro, assumindo-se como um recurso, contrariando a primeira abordagem centrada na avaliação de sinais vitais e na administração de terapêutica.

desenvolvimento de competências individuais e colectivas, e para o crescimento da equipa e da própria organização (...)"

Tentei promover no colega um momento de aprendizagem conjunto, com base na reflexão acerca da sua prática, com vista à melhoria da sua resposta às necessidades do Sr. M. A formação deverá ser um processo dinâmico, que não se circunscreve a um profissional mas transfere-se gradualmente para o grupo, para a equipa (Bártolo, 2007).

Foi um momento muito interessante de partilha de conhecimentos, que se traduziu numa melhoria dos cuidados ao S. M. Consegui explicar de forma prática a implementação do modelo de intervenção em parceria, mobilizando-o e integrando-o, indo ao encontro da formação teórica dada em serviço no presente mês.

Houve a possibilidade do colega se revelar ao doente, e ele próprio adquirir um conhecimento mais aprofundado do mesmo, envolvendo-se no processo de parceria estabelecido. Através de a confiança relacional estabelecida, o colega assumiu-se também ele como um recurso sempre que sinta algum desconforto ou inquietação. Tal como Gomes (2013) defendendo o enfermeiro deve ajudar a pessoa idosa a gerir e a lidar com a situação de doença, mantendo-se sempre como recurso, transmitindo-lhe tranquilidade.

Assim, denota-se nesta afirmação que o Sr. M. já não adota uma postura de passividade, deixando de sentir receio de colocar questões

De imediato o Sr. M mencionava, em tom de desabafo: *«obrigado... muito obrigado, não gosto de dar trabalho, nem de questionar o que fazem, mas agora sinto-me mais acolhido e seguro»*. A promoção da segurança do doente é assim um dever de enfermagem, de forma a evitar complicações e a garantir o seu bem-estar e conforto.

O colega percebeu a importância de dedicar 10 minutos à avaliação da pessoa idosa, de forma a evitar efeitos deletérios, como a confusão mental, as quedas, a agitação, a ansiedade e as IACS. Assumiu que foi fundamental o repensar da sua prática profissional, valorizando a importância de perceber as necessidades da pessoa idosa e de informá-la acerca dos procedimentos a realizar.

Esta situação revelou-se num momento de aprendizagem para todos os intervenientes, para o doente, para o colega e para mim, mediante o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista, baseando a minha intervenção num processo de parceria, no qual a pessoa idosa assume uma posição central nos cuidados, merecedora de respeito pela sua individualidade e dignidade.

aos enfermeiros. Marques (2011) refere que este medo está muitas vezes associado à falta de interesse dos profissionais de saúde, levando a que não se discuta em parceria questões essenciais relativas à situação de doença. Assim o estabelecimento da relação de parceria com o Sr. M. possibilitou que assumisse o controlo do cuidado de Si, e que permitisse que outros (enfermeiros) assegurassem o seu cuidado naquilo que não é capaz de fazer de forma autónoma.

A hospitalização aumenta o risco de infeções e de acidentes na pessoa idosa, propiciando a uma aumento da imobilidade e da dependência, que se estende após a alta (Marques, 2011). Neste sentido é importante envolver a pessoa idosa no processo de cuidados desde o início do internamento, com base num trabalho em equipa continuado no tempo, onde toda a equipa a assume como central e parceira nos cuidados.

Através da presente situação prática considero que proporcionei um momento de aprendizagem informal importante para o colega, promovendo uma mudança no seu comportamento e na sua prática profissional, desenvolvendo competências em si e na equipa, com vista a um cuidado adequado à pessoa idosa.

Esta situação permitiu o desenvolvimento de intervenções em parceria com a pessoa idosa colonizada com MRSA, que promovam o cuidado de Si, assim como contribui para a melhoria da resposta da equipa às

Passado cerca de 4 horas, passei novamente em SO, de forma a perceber se o colega necessitava da minha ajuda ou orientação, e fiquei muito feliz quando vi o colega junto da unidade do Sr. M., juntamente com a sua filha, cuidadora principal, com o folheto na mão a explicar os cuidados na prevenção da infeção por MRSA, foi muito gratificante!

necessidades da pessoa idosa colonizada com MRSA e sua família, com as consequentes implicações decorrentes do isolamento de contato, tendo por base uma intervenção em parceria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Bártolo, E. (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar*. Lisboa: Climepsi Editores;
- Gândara, M. M. (2013). O Controlo da Participação do Doente nos Cuidados de Higiene: Um Exercício do Poder (Do Enfermeiro). In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.39-73). Loures: Lusociência;
- Gomes, I.D. (2009). *Cuidado de Si A Natureza da Parceria entre o enfermeiro e o doente idoso o domicílio*. (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa;
- Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicilio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência;

- Marques, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- RNCCI (2014). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2013*. Acedido em 1/12/2014. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20da%20RNCCI%202013%20-%20Relat%C3%B3rio%20Anual%20fevereiro%202014%20FINAL.PDF>;
- Rosa, M. J.V. (2012) *O Envelhecimento da Sociedade portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa: Relógio D'Água Editores.

NOTAS DE CAMPO SU Nº 2 - A PESSOA IDOSA INTERNADA NO SU

A Parceria como estratégia fundamental na promoção do bem-estar da pessoa idosa hospitalizada no SU

DATA: 21/01/2015

INTERVENIENTES: Enfermeira estagiária (própria), Sra. V.

MOTIVO DE INTERNAMENTO: Fratura do colo do fémur à esquerda

LOCAL DA INTERAÇÃO: Serviço de Observação (SO) do Serviço de Urgência Geral

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

Eram cerca das 8h quando recebi o turno da manhã, juntamente com a enfermeira orientadora. Foi-me passada informação acerca da Sra. V. que tinha sofrido queda com traumatismo do membro inferior esquerdo há 2 dias, de que resultou fratura do colo do fémur. Contudo devido à toma de anticoagulantes orais mediante a sua fibrilação auricular crónica, não pode ser de imediato submetida a cirurgia, ficando a aguardar em SO corredor externo, por inexistência de vagas no seu interior. Um corredor frio, longo, reduzido a 30 minutos de visita, e onde o corrupio de pessoas é uma constante. A Sra. V. estava há dois dias a olhar para o teto, com luzes intensas durante horas, com ruído constante, pouco promotor da dignidade humana.

No decurso destes dois dias de internamento em SO a Sra. V. não passava de um corpo, que pela sua corporalidade era visível aos outros, mas cuja singularidade e unicidade era desvalorizada pelos profissionais que ali passavam.

A Sra. V. tinha um fâcies triste, amedrontado e desconfortável. Aproximei-me da Sra. V. e disse-lhe: «*Olá, bom dia Sra. V.! Como está? Como se sente?*», ao que a Sra. V. me responde: «*Já não aguento estar aqui, neste sítio... tenho a minha cabeça a latejar... não durmo... não descanso... aqui sempre só, sem me poder sequer mexer*».

ANÁLISE DA SITUAÇÃO

A pessoa hospitalizada encontra-se desinserida do seu ambiente sociofamiliar e a viver uma situação de crise motivada pela doença que a torna menos apta para realizar os seus papéis sociais, para controlar o seu corpo, os seus sentimentos e o seu futuro (Gândara, 2013).

O internamento hospitalar tem uma forte influência na pessoa idosa que vive uma situação de doença e na sua família, podendo condicionar a sua compreensão da situação, a sua participação no processo de toma de decisão e na assunção de um papel ativo no processo de cuidados (Gândara, 2013).

A situação de doença foi sentida pela Sra. V. como uma ameaça, que a deixou mais dependentes de outros, voltando-se para si própria, o que lhe conferiu uma maior a sua fragilidade e vulnerabilidade.

Perante os sentimentos revelados era primordial o estabelecimento de uma relação de parceria com a Sra. V. e um maior envolvimento com a família, de forma a minimizar o seu sentimento de solidão.

Revelar-me à Sra. V. foi um momento inesquecível nesta situação de cuidados, senti que a sua confiança em mim aumentou drasticamente, talvez por termos o mesmo nome, ou talvez devido

A doente possuía uma tração cutânea a nível do membro, o que lhe causava desconforto e lhe limitava a autonomia.

De seguida, mediante tal discurso, revelo à Sra. V.: «*Sabe, eu também me chamo Verónica e sou enfermeira!*». A senhora ao ouvir tais palavras agarra-me a mão, e diz-me: «*Oh, tão bom, ainda bem que estou ao seu cuidado, ainda não tinha conhecido ninguém com o mesmo nome que eu! E assim simpática*». Não sei se corei, mas foi um momento que me marcou no estágio, pois tocou-me as suas palavras meigas e o seu desespero por uma presença amiga e um momento de atenção.

Através de 15 minutos de conversa e de um maior envolvimento relacional acedi ao seu mundo de significações, à sua história de vida, e também ao seu contexto de doença, referindo que caiu devido ao seu cão, desabafando «*o meu cão atravessou-se no meu caminho e quando dei por isso já estava no chão... mas ele é a minha companhia, não tem culpa, eu é que vejo mal*». A Sra. V. demonstrou preocupação com o seu cão, que estava sozinho em sua casa, o que a deixava triste, referindo: «*não me atrevia a contar isto a mais ninguém... o que iriam dizer de mim, com uma perna partida e a pensar no cão*».

Para além desta informação, a Sra. V. partilhou ainda que a sua neta estava grávida, e que queria muito ultrapassar esta situação, para poder acompanhar o crescimento do seu bisneto.

há minha postura empática e compreensiva, capaz de lhe conferir uns minutos de atenção, tentando conhecer a sua essência, a sua história de vida e o seu contexto de saúde e doença. Segundo Gomes (2009) a empatia e o respeito são capacidades fundamentais para uma comunicação terapêutica eficaz, presente numa verdadeira relação de parceria com a pessoa/família que promova a afetividade.

Há medida que o discurso fluía o **envolvimento** era maior na relação de cuidados, permitindo que a Sra. V. exprimisse as suas preocupações, angústias e sentimentos. Tentei assumir uma atitude de solicitude para com a doente, percebendo o que a motivava e estimulava, indo ao seu encontro. Segundo Gomes (2009) é importante que o enfermeiro informe em função da preocupação do doente e do seu bem-estar, dando tempo e espaço para colocar questões e inseguranças.

Este tempo de partilha animou a Sra. V., conseguindo que voltasse a sorrir, dando cor àqueles dias tão cinzentos.

Neste sentido, permiti a entrada da filha em SO durante a manhã de forma a envolvê-la nos cuidados, explicando-lhe a si e à Sra. V. o plano de cuidados previsto, em relação à data da cirurgia, tempo médio de internamento e necessidade de fisioterapia posterior. A filha transmitiu força e coragem à Sra. V. para ultrapassar a situação, e tranquilizou-a em relação ao seu cão, referindo que estava em sua casa. A visita descansou também a Sra. V. quanto ao bem-estar da sua neta e bisneto. Após esclarecer todas as preocupações da Sra. V. colocava-se uma questão importante, relacionada com os seus cuidados de higiene, tendo questionado a Sra. V. acerca de como se sentiria mais confortável, fazer uma higiene parcial ou total na maca, visto possuir a tração cutânea. Outra questão colocada prendia-se com a presença ou não da sua filha durante estes cuidados. A Sra. V. rapidamente respondeu que queria apenas uma higiene parcial, e que gostaria que a sua filha a ajudasse.

Enquanto enfermeira suportei a escolha da Sra. V. permitindo que a sua filha colaborasse na tarefa dos cuidados de higiene parciais, contando com o meu apoio e supervisão, nomeadamente nas pequenas mobilizações, garantindo o correto posicionamento da tração. Foi um

De forma a **capacitar a pessoa idosa para o cuidado de Si** foi possível esclarecer algumas dúvidas da Sra. V. e sua filha em relação ao plano de cuidados traçado, assim como dar resposta às preocupações da Sra. V., no que diz respeito ao estado do seu cão e ao decurso da gravidez da sua neta.

Através de um processo de negociação, foi possível ajudar a Sra. V. a decidir em relação aos cuidados de higiene a realizar, mediante a sua situação de doença e as suas preferências, não impondo, dando tempo para decidir, de forma a **possibilitar o cuidado de Si**. Possibilitar significa promover “o cuidado atuando segundo os principais e valores da eficácia terapêutica e do conhecimento que detém da identidade da pessoa (de quem é a pessoa, o que é a pessoa) e o que dá sentido à sua vida” (Gomes, 2013, p.103).

De forma a atingir os objetivos comuns foram definidos alguns compromissos, nomeadamente:

-A filha da Sra. V. comprometeu-se a permanecer no SO, de forma a ajudar nos cuidados de higiene da sua mãe, promovendo o seu bem-estar e conforto;

momento em que a Sra. V. se sentiu acarinhada pela filha, cuidada por alguém com quem tem fortes laços de cumplicidade e afetividade. Após este trabalho conjunto entre mim, a Sra. V. e a sua filha senti-me realizada, por ter tornado possível o que pensava ser quase impossível... o fazer diferente, na luta pelo seu bem-estar emocional e físico... o promover de um cuidado autentico à pessoa idosa, com respeito pela sua individualidade, assegurando a manutenção da sua trajetória de vida.

No final da manha a Sra. V. foi transferida para a enfermaria, tendo permitindo que a sua filha a acompanhasse, o que promoveu o seu bem-estar e conforto.

Foi transmitida à colega que recebeu a doente na enfermaria toda a informação acerca da Sra. V., do conhecimento obtido acerca de si, os compromissos assumidos, e a importância da permanência de sua filha junto de si, de forma a garantir a continuidade de cuidados.

-A Sra. V. comprometeu-se em colaborar na tarefa dos cuidados de higiene dentro das suas possibilidades (lavagem da face e região axilar);

-Eu comprometi-me em deixar a filha permanecer durante o turno com a sua mãe, dando suporte nos cuidados a realizar.

A Sra. V. **assumiu o controlo do cuidado de Si própria**, com controlo sobre as suas decisões, encontrando-se informada acerca do plano de cuidado delineado. Por outro lado a filha **assegurou o cuidado de Si**, adquirindo capacidades para cuidar da sua mãe, assumindo a responsabilidade do cuidado que a mesma deveria ter consigo própria (Gomes, 2013).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Gândara, M. M. (2013). O Controlo da Participação do Doente nos Cuidados de Higiene: Um Exercício do Poder (Do Enfermeiro). In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.39-73). Loures: Lusociência;
- Gomes, I.D. (2009). *Cuidado de Si A Natureza da Parceria entre o enfermeiro e o doente idoso o domicílio*. (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa;

- Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicilio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência.

APÊNDICE XV:
FOLHETO EDUCATIVO PARA AS VISITAS

Quais os cuidados a ter aquando a Alta?

- ♦ Lave as mãos com frequência (depois de ir casa de banho e antes das refeições);
- ♦ Cumpra a prescrição médica (tomar os antibióticos até ao fim);
- ♦ As pessoas que residem consigo ou que ajudam a cuidar de si devem lavar as mãos com frequência, especialmente antes e após os cuidados;
- ♦ Cuidados de higiene diários;
- ♦ Manter os pensos limpos;
- ♦ Evite partilhar objetos de uso pessoal, como toalhas, cobertores, lâminas;
- ♦ Lave e seque as roupas pessoais e da cama na temperatura mais alta recomendada nas etiquetas;
- ♦ Informe todos profissionais de saúde que teve MRSA, sempre que consultar de serviços de saúde.

Higienizar as mãos antes e depois do contato com a pessoa com MRSA é uma medida simples mas muito importante para a proteção e segurança de toda a família.



5º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Elaborado por: Verónica Florêncio

Orientado por: Prof.ª Drª. Idalina Gomes
Enf.ª Inês Raposo

MRSA

Staphylococcus aureus
Meticilino-Resistente



O QUE DEVE SABER

MRSA

Staphylococcus Aureus Meticilino-Resistente

O que é?

O *Staphylococcus Aureus* é uma bactéria que coloniza a pele e mucosas de cerca de 30% das pessoas saudáveis (mucosa nasal, genital, virilhas e axilas) não desenvolvendo infeção.

Contudo, poderá haver situações em que pode causar infeções graves, de feridas ou sanguíneas e pulmonares. Os sintomas dependerão do tipo de infeção.

Quem está em maior risco?

- ♦ Idosos residentes em lares
- ♦ Internamento ou toma de antibióticos nos últimos 6 meses
- ♦ História prévia de colonização com MRSA
- ♦ Insuficientes Renais Crónicos sob Hemodiálise
- ♦ Pessoas com feridas crónicas e/ou algalias, sondas para alimentação, e sacos de colostomia.

Como se transmite?

As bactérias MRSA transmitem-se através do contacto com uma pessoa colonizada ou infetada pelas mesmas, ou com objetos e superfícies (cama, roupa, mesas, grades da cama) que alguém com a bactéria tenha tocado.



Pessoas colonizadas tornam-se potenciais transmissores da bactéria para outras pessoas.

Como se trata?



Se estiver apenas colonizado com MRSA, é necessário eliminar esta bactéria da sua pele. O tratamento consiste na aplicação de pomada nasal de Mupirocina (de acordo com indicação médica) e do uso de um gel de Clorohexidina para a lavagem corporal e do cabelo, durante 5 dias.

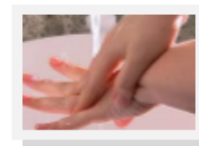
Em caso de infeção será necessária a toma de antibioterapia eficaz, prescrita pelo médico.

O que deve fazer quando visita a pessoa com MRSA?

A pessoa com MRSA necessita de ficar em isolamento de contacto de forma a evitar a disseminação da bactéria.

Na visita à pessoa com MRSA deve-se:

- ♦ Passar as mãos por solução alcoólica antes da visita;
- ♦ Usar luvas, bata ou avental, com a ajuda e supervisão do enfermeiro. Ao sair do quarto, o material de proteção deverá ser descartado e as mãos higienizadas;
- ♦ Não contactar com os outros doentes nem com os seus objetos;
- ♦ Não se sentar na cama;



APÊNDICE XVI:

NOTAS DE CAMPO REALIZADAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO NA UNIDADE DE
CUIDADOS NA COMUNIDADE

NOTA DE CAMPO UCC Nº1 – A PESSOA IDOSA DEPENDENTE NO DOMICILIO

O processo de capacitação do cuidador familiar assente no modelo de intervenção em parceria

DATA: 12/11/2014

INTERVENIENTES: Enfermeira estagiária (própria), Sra. I. (78 anos de idade), Sr. M. (cuidador familiar) e sua empregada

LOCAL DA INTERAÇÃO: Domicílio da Sra. I. e do Sr. M.

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO	ANÁLISE DA SITUAÇÃO
<p>✓ 1º VISITA</p> <p>Integrado no estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) acompanhei a enfermeira orientadora ao domicílio da Sr. I., em regime de visita domiciliária para realização de penso a úlcera por pressão (UPP). A informação inicial que dispúnhamos é que se tratava de uma senhora acamada, dependente nas atividades de vida diárias, que necessitava de tratamento de enfermagem a UPP, tendo o pedido sido realizado pela equipa de gestão de altas (EGA) na sequência de um ida ao SU por prostração, desidratação e recusa alimentar.</p> <p>Contudo, à chegada ao local deparamo-nos com um cenário «violento», a senhora encontrava-se prostrada, emagrecida, anquilosada, numa cama de casal muito baixa, com múltiplas UPP e envolta num cheiro muito fétido. Nesta visita encontrava-se presente o seu marido e uma empregada recentemente contratada.</p>	<p>✓ 1º VISITA</p> <p>Segundo Fernandes (2013, p.33) “Os ACES e hoje em particular as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) podem proporcionar cuidados individuais e de grupo no âmbito da educação para a saúde numa parceria enfermeiro-pessoa idosa (Fernandes, 2013, p.33). É sua intenção garantir um cuidado específico e individualizado à pessoa idosa no domicílio, promovendo o seu bem-estar e autonomia. Para tal é necessário os profissionais estarem treinados e familiarizados com os principais síndromes da pessoa idosa, suas necessidades e especificidades.</p> <p>Neste sentido, o modelo de intervenção de enfermagem em Parceria de Gomes (2009; 2013) dá um contributo importante para uma intervenção adequada junto da pessoa idosa dependente no seu domicílio, na qual o enfermeiro assegura o cuidado do Outro, através da capacitação do seu cuidador, tendo por base o conhecimento da pessoa e da sua família (Gomes, 2009).</p>

Inicialmente apresentamo-nos, referindo os nossos nomes, mostrando disponibilidade para ajudar no tratamento das UPP, como também em tudo o que necessitasse. Na tentativa de compreender melhor a situação, foram colocadas algumas questões ao marido da Sr. I., acerca do tempo de instalação das UPP e do quadro de prostração, tentando compreender se dispunha de algum apoio domiciliário, resposta às quais não respondeu, referindo «*eu necessito é que lhe façam os pensos por favor!*». Foi perceptível desde o início o sofrimento deste cuidador, que necessitava apoio de enfermagem, a nível físico, psicológico e social. De forma a dar resposta ao pedido do Sr. M. começamos a retirar os pensos, um... e mais um... e mais outro... num total de 5 UPP, a nível de ambos os trocânteres, calcâneos, região sacrococcígea e face posterior de ambas as pernas. Há medida que se realizava a limpeza e o tratamento das UPP, o Sr. M. mantinha-se calado, num silêncio constrangedor, até que saiu do quarto e dirigiu-se para a sala. Ao longo do tratamento das feridas foi surgindo uma conversa informal com a empregada, na qual me revelou que foi contratada para prestar cuidados à Sra. I., assumindo a responsabilidade pelo seu banho diário e pelas mudanças da fralda, trabalhando 3 horas de manhã e 3 horas à tarde, mencionado não ter formação na área, embora fosse notório o interesse demonstrado por melhorar sua atuação. A alimentação estava à responsabilidade do Sr. M., quer a sua confeção como a sua administração, segundo dados colhidos junto da empregada.

Inicialmente revelámo-nos à pessoa idosa, seu cuidador familiar e empregada, demonstrando a nossa disponibilidade – **Revelar-se**, constituindo a primeira fase do modelo de parceria. Nesta fase “O enfermeiro tem uma atitude onde mobiliza as suas competências de comunicação para se dar a conhecer e conhecer a outra pessoa: promove a afectividade demonstrando carinho, simpatia; promove a escuta activa; mostra disponibilidade; pergunta antes de actuar; mostra respeito pela pessoa; demonstra capacidade para compreender a pessoa e capacidade para avaliar a situação com o doente.

Contudo, os pensos era a prioridade estabelecida pelo cuidador, era para este a sua maior preocupação. Senti no Sr. M. uma revolta e negação face à situação de doença de sua esposa e à sua situação contextual, pelo que tentamos dar tempo, respeitando o seu ritmo para nos revelar mais informações, mostrando uma atitude de escuta ativa, tal como aconselhado por Gomes (2009).

Durante a realização dos pensos à Sra. I. conseguimos ter acesso a informação pertinente pela sua empregada, que nos permitiu passar para uma maior envolvimento na situação de cuidados.

Deste modo, apesar do conhecimento obtido da situação através da história disponibilizada pelo EGA, quer pela empregada, era importante conhecer o Sr. M. e sua esposa, a sua identidade e a sua história de vida e de saúde. Assim posteriormente ao

Face ao exposto, tornava-se emergente falar com o Sr. M., de forma a conhecê-lo melhor, a sua vida e os condicionalismos envolvidos nesta situação de cuidado. Assim dirigimo-nos à sala, sentamo-nos e conversámos com calma com o Sr. M, mostrando a nossa disponibilidade para o ouvir, comunicando de forma calma e empática. Foram 3 horas de visita domiciliária, que se previa ser de apenas 15 minutos, na qual o Sr. M. aceitou dar-se a conhecer, revelando que ele e sua esposa eram professores do ensino secundário e que tinham uma boa qualidade de vida até ao momento em que a sua esposa começou a apresentar os primeiros sinais de demência há cerca de 3 anos, tendo há cerca de 2 meses sofrido um agravamento súbito, quando começou a apresentar diminuição da força muscular nos membros inferiores, que motivou 2 quedas, culminando na restrição à cama há aproximadamente 1 mês. Cama que o Sr. M. ainda partilhava com a sua esposa, sendo até então o próprio a realizar os pensos às «feridas», como mencionava, comprando os apósitos na farmácia. Apuramos também que a alimentação da Sra. I. era à base de papas e xaropes vitamínicos que comprava na «ervanária», referindo que eram os melhores. Conseguimos ter acesso a um relatório de urgência que referia que a Sra. I. possuía ainda como antecedentes pessoais: fibrilação auricular, insuficiência renal crónica hipertensão arterial e hipotireoidismo. Contudo ao perguntarmos ao Sr. M. acerca do regime terapêutico da sua esposa, este afirmou que os únicos comprimidos que faziam eram homeopáticos.

tratamento das UPP conseguimos comunicar com este cuidador, na tentativa de perceber as suas dificuldades e as limitações existentes, quer estruturais, por falta de recursos materiais, quer funcionais, pela necessidade de cuidados diferenciados, (psicológicos, médicos, de enfermagem e nutricionais), de forma a promover um cuidado adequado.

Na 2ª fase do modelo de parceria – **Envolver-se**, há um desenvolvimento da confiança na relação, e uma partilha de informação, procurando ir ao encontro da necessidade e do projeto de vida e saúde da pessoa idosa. Segundo Gomes (2009) o enfermeiro nesta fase “(...) promove o cuidado em ambiente seguro, ou seja na casa do doente idoso, respeitando esse ambiente e o significado que o mesmo tem.”

O Sr. M. reconheceu a gravidade da situação em que se encontra a sua esposa, aceitando a nossa ajuda e disponibilizando-se para agir em complementaridade, de forma a ultrapassar as suas dificuldades.

O Sr. M. após duas horas de partilha de informação ficou menos tenso, e mais disponível para partilhar questões e inseguranças, referindo que tem duas filhas adotadas, uma a viver na mesma cidade, e outra em lisboa, mas que não gosta de as incomodar, pois como dizia «*elas têm as suas vidas*».

Muito havia para ser feito, na promoção da saúde e na prevenção de mais complicações para a Sra. I. Assim, optou-se por integrar a Sra. I. na rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI), de forma a ser alvo de uma intervenção multidisciplinar, mediante as necessidades apuradas, além que poderá ser necessário no futuro a sua integração numa unidade de média ou longa duração, com vista à sua reabilitação e tratamento das UPP.

Entretanto foi sugerido ao Sr. M, a instalação de uma cama individual articulada, com colchão anti escaras, cedida pelo serviço social, o que desde logo aceitou. Foi informado dos recursos existentes na comunidade relacionado com a hipótese de querer apoio domiciliário que ajudasse na higiene e na alimentação da sua esposa, o que desde logo recusou, referindo que tinha a sua empregada, em quem confiava. Deste modo, era prioritário envolver a empregada nos cuidados à pessoa idosa, tendo-lhe explicado como deveria fazer a cama, com os lençóis bem esticados e com a colocação de uma resguardo de pano, abordando também como fazer os cuidados de higiene, os seus

Na terceira fase do modelo de parceria - **capacitar ou possibilitar**, o enfermeiro “Ajuda o familiar cuidador a construir capacidade para cuidar o doente” (Gomes, 2009, p.234). Face ao exposto eu e a enfermeira orientadora dialogámos com o Sr. M., ajudando-o nas suas escolhas e facilitando o acesso aos recursos (recursos da comunidade, acesso a outros profissionais).

Este caso é um exemplo claro que carece de uma intervenção multidisciplinar, o que só é possível mediante a sua integração na RNCCI. Citando Marques (2011,p.89) “A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados assume um papel prioritário na atenção aos idosos necessitados de apoio médico. Esta rede pressupõe a interligação entre unidades e equipamentos de cuidados continuados de saúde, de apoio social e de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade”.

Nesta fase, mediante a situação apresentada, é essencial **possibilitar o cuidado do Outro**, recorrendo ao conhecimento que se detém da pessoa idosa e sua experiência de vida obtido através da família, assumindo a responsabilidade do cuidado que o Outro devia ter consigo próprio ou ajudando a capacitar a família para

princípios guia, salientando a necessidade de não manipular os pensos realizados e de hidratar a pele com creme hidratante diariamente.

Nesta primeira visita também realizamos ensinamentos ao cuidador familiar acerca da importância da hidratação e da administração de uma alimentação equilibrada e diversificada à Sra. I., passando a incluir sopa, com verduras, carne ou peixe, bem como fruta, que poderá ser triturada ou cozida, aspeto também crucial para a cicatrização das UPP. Este ensino foi aparentemente bem aceite pelo S. M., referindo que ia tentar ir ao supermercado e comprar esses produtos.

Foi apurado igualmente o nome do médico de família da Sra. I., de forma a solicitar no CS uma visita sua ao domicílio da utente, de forma a prescrever análises e a ajustar o esquema terapêutico necessário, passando a incluir analgesia, de forma a diminuir a dor e o desconforto aquando a realização dos pensos.

Despedimo-nos deixando o contacto telefónico da UCC, para ligar sempre que sinta necessidade, ficando agendada uma nova visita após 3 dias.

cuidar da pessoa idosa, de forma a antecipar complicações e a promover o seu conforto e bem-estar (Gomes, 2009).

Logo nesta primeira visita levantou-se uma série de diagnósticos de enfermagem, que necessitavam de intervenções urgentes: as UPP, a desnutrição, a desidratação, o défice no autocuidado, não adesão ao esquema terapêutico, e o *stress* e sobrecarga do cuidador.

A quinta fase, **comprometer-se**, traduz-se à luz desta situação de cuidados, num desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de melhorar o estado de saúde da Sra. I., promovendo o seu conforto e bem-estar e prevenindo complicações associadas à sua elevada dependência e comorbilidades.

Foram assumidos, nesta primeira visita, alguns compromissos com o cuidador familiar, nomeadamente: assegurar uma alimentação equilibrada e diversificada à Sra. I.; manter os pensos limpos e secos e reforçar a hidratação oral à Sra. I.. A empregada ficou responsável por hidratar a pele após os cuidados de higiene, esticar bem os lençóis da cama, utilizando um resguardo para facilitar os posicionamentos. Nós assumimos o compromisso de integrar a senhora na RNCCI e disponibilizar uma cama articulada com colchão anti escaras, assim como ativar a intervenção por parte da assistente social e do médico.

✓ 2º VISITA

Esta visita foi acompanhada pela assistente social de forma a realizar uma avaliação mais pormenorizada, para a sua integração na RNCCI, o qual foi bem aceite pelo Sr. M. Nesse dia, à chegada ao seu domicílio a empregada ainda se encontrava a realizar os cuidados de higiene à Sra. I., o que foi muito positivo, pois permitiu ajudá-la, orientando a tarefa e reforçando os conhecimentos chave acerca dos cuidados a ter com a pele, pomadas a utilizar e sobre os posicionamentos. De seguida foram realizados os pensos, que já se encontravam com cheiro menos fétido e com uma melhor evolução cicatricial. O reforço hídrico foi também trabalhado com a empregada, solicitando para lhe ir administrando água durante o tempo que se encontrava junto da Sra. I. A empregada colocou-me o problema da alimentação, relacionado com a manutenção da administração de papas pelo seu marido, referindo: *«no dia seguinte à vossa visita o Sr. M deu-lhe sopa com peixe, mas depois voltou tudo ao mesmo»*.

Perante tal preocupação foi reforçado o ensino junto do Sr. M., tentando compreender o porquê de não cumprir as orientações dadas na anterior visita, ao qual o próprio me mencionou que a carne e o peixe fazem muito mal à saúde, não acreditando na sua vantagem, pois sempre foram vegetarianos. Ficou combinado com o Sr. M. que se iria solicitar apoio à nutricionista de forma a ajudá-lo a preparar refeições igualmente ricas

✓ 2º VISITA

Nesta segunda visita foi possível avaliar se os compromissos assumidos foram cumpridos, ou seja, se o Sr. M. e a sua empregada conseguiram **assegurar o cuidado do Outro**, assumindo a responsabilidade do cuidado que a pessoa devia ter consigo própria (Gomes, 2013).

Contudo, ainda foram detetadas algumas lacunas na prestação de cuidados da empregada e do Sr. M. Assumindo o modelo de parceria como um processo dinâmico, em que as suas fases se tocam, houve necessidade de apostar na **capacitação** da empregada para o cuidado da Sra. I., no que concerne aos cuidados a ter com a sua pele, há importância de aumentar a administração de água e aos posicionamentos a realizar à mesma.

A alimentação apresentou uma ligeira melhoria, contudo houve necessidade de explorar mais o **conhecimento da pessoa idosa e seu cuidador** em relação aos seus hábitos alimentares, tendo-se apurado que o casal era vegetariano e adepto das medicinas alternativas. Tal informação não foi revelada na primeira visita, talvez por medo ser julgado ou não ser aceite. Como Gomes (2009, p.164) defende “Cada pessoa é única, inserida dentro de um contexto familiar também único”, devendo-se respeitar a sua individualidade. Foi então necessário assumir o **compromisso** com o cuidador familiar de se solicitar apoio à nutricionista, de forma a

em nutrientes, tentando conjugar o que são as suas preferências, com as necessidades da Sra. I.

Durante esta visita foi preenchimento o instrumento de avaliação integrada da RNCCI, contemplando os seguintes item: queixas de saúde, estado de nutrição (peso, altura, índice de massa corporal, cintura), risco de quedas (escala de Morse), risco de UPP (Escala de Braden), locomoção, autonomia física, autonomia instrumental, queixas emocionais, estado cognitivo, estado social, e hábitos. Através desta avaliação multidimensional obteve-se um conhecimento mais profundo dos hábitos de vida da pessoa idosa, ficando por exemplo a saber-se que a Sra. I. adorava fado, tendo sido sugerido ao cuidador que colocasse um cd de fado no seu rádio em alguns períodos do dia, de forma promover o bem-estar da sua esposa e a manter a sua identidade e os seus gostos.

Após esta visita foi contactada as filhas da Sra. I. e agendada uma reunião na sede da UCC para delinear uma estratégia conjunta para melhorar os cuidados à Sra. I., o que foi do conhecimento do Sr. M., que aceitou a decisão, assumindo a sua necessidade de ajuda nesta fase crítica de sua vida.

A reunião com as filhas do Sr. M. na UCC decorreu de forma positiva, dando conhecimento das necessidades detetadas, de forma a se planear de modo conjunto as intervenções a realizar. As mesmas desconheciam a situação vivenciada pelo seu pai, bem como a

delinear consigo um plano alimentar adequado para a Sra. I., tendo em consideração o que são as suas preferências e as necessidades proteicas necessárias para promover o processo de cicatrização das UPP.

Apenas nesta segundo visita é que se realizou uma avaliação multidimensional da pessoa idosa através do recurso a escalas de avaliação incorporadas no documento de integração na RNCCI, visto só se ter apurado esta necessidade na primeira visita, na qual não dispúnhamos do referido documento, nem dos meios necessários.

A avaliação multidimensional permite identificar as dimensões da funcionalidade que concorrem para a dependência e quais as necessidades de ajuda para as colmatar, de forma satisfatória (Sequeira, 2010). Segundo Sequeira (2010, p.42) a “avaliação precoce e a monitorização das limitações/défices nos idosos possibilita a prescrição de intervenções, adaptadas às suas necessidades reais, o que revela um maior potencial terapêutico ao nível da prevenção da deterioração, e contribui para uma maior satisfação” e qualidade de vida.

O envolvimento da família nos cuidados é uma prioridade para a UCC, e para esta situação em particular. Consideramos que a participação das filhas no processo de cuidados poderá ser uma mais-valia, ajudando o Sr. M. a aceitar e ultrapassar esta situação

gravidade das UPP da sua mãe, julgando que os cuidados estavam assegurados pela empregada, e que a medicação era administrada pelo seu pai. Foi-lhes explicada a importância de trabalharmos em conjunto, de se envolverem mais nos cuidados a realizar e na supervisão da alimentação de seus pais, tentando ajudar nas compras e no cumprimento do regime terapêutico.

✓ 3º VISITA

Na terceira visita, a Sra. I. apresentava-se mais desperta, dirigindo o olhar, já dispondo de numa cama individual articulada, colocada ao lado da cama do seu marido, com colchão anti escaras, com lençóis limpos e bem ajustados ao colchão.

Do quarto da Sra. I. ouvia-se a rádio Amália, som que se difundia por toda a casa, agora mais alegre e promotora de sentimentos positivos.

Foram realizados os pensos às UPP assistindo-se a uma significativa evolução cicatricial.

A nutricionista já tinha traçado um plano alimentar para a Sra. I., conjuntamente com Sr. M., tendo-se optado por suplementos proteicos em pó para adicionar à sopa e a outros alimentos que permitiam um aporte nutricional adequado. O Sr. M. referia com satisfação que também já tinha feito e administrado gelatinas à Sra. I. e que ela tinha gostado muito.

de maior dependência de sua esposa, promovendo a sua resiliência e supervisionando de forma mais íntima os cuidados prestados pela empregada.

✓ 3º VISITA

É visível nesta terceira visita uma **maior capacidade do cuidador familiar e sua empregada para assegurar o cuidado da Sra. I.**, permitindo que continue com a sua trajetória de vida.

Este trabalho em parceria com a pessoa idosa e seus cuidadores exige um forte investimento profissional e pessoal por parte dos enfermeiros da UCC, de forma contínua, supervisionando e ajudando nas dificuldades que vão surgindo nos cuidados, dando reforço positivo em todas as visitas. Esta foi uma experiência muito enriquecedora, pois desconhecia o trabalho realizado pelos colegas da UCC, principalmente no que se relacionava à admissão das pessoas na RNCCI.

Nesta visita foi discutido também com o Sr. M. a possibilidade de trazer para o seu quarto o cadeirão que tinha na sala, com o intuito de realizar o levante à Sra. I., o que desde logo aceitou. Nesse mesmo dia, a mudança foi efetuada, tendo-se procedido ao respetivo levante, com a colaboração da empregada, o que animou o Sr. M., por ver a sua esposa vígil e com «*melhor ar*», como dizia.

O Sr. M. já tinha recebido a visita de suas filhas, tendo ido às compras consigo e ajudado na limpeza da sua casa, o que o deixou muito satisfeito.

Assistir à evolução do cuidado prestado pelo cuidador familiar da Sra. I. e sua empregada, e à melhoria obtida no estado de saúde da mesma foi muito recompensador para mim. São situações que conferem sentido à enfermagem, estimulando a fazer mais e melhor pela saúde, bem-estar e conforto de todas as pessoas idosas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Fernandes, M. J. S. R. S. (2013). Envelhecimento Bem-Sucedido: Modelo de Intervenção em Enfermagem. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.3-37). Loures: Lusociência;
- Gomes, I.D. (2009). *Cuidado de Si A Natureza da Parceria entre o enfermeiro e o doente idoso o domicílio*. (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa;
- Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência;
- Marques, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa: Relógio D'Água Editores;
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda.

NOTA DE CAMPO UCC Nº 2 – VISITA DOMICILIÁRIA A UMA PESSOA IDOSA

A luta pela manutenção da trajetória de vida da pessoa idosa, promovendo o cuidado de Si

DATA: 24/11/2014

INTERVENIENTES: Enfermeira estagiária (própria), Sr. J. (68 anos de idade)

LOCAL DA INTERAÇÃO: Domicílio do S. J.

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO	ANÁLISE DA SITUAÇÃO
<p>Eram cerca das 11h da manhã, encontrava-me com a enfermeira orientadora a realizar visitas domiciliárias, quando tocou o seu telefone, do outro lado estava uma colega da equipa da UCC a solicitar apoio na realização de um penso a um pé diabético. Na sequência de tal pedido dirigimo-nos ao domicílio em questão. Quando chegamos a colega abriu a porta, e desta só se ouviam gritos, referindo: <i>«Não sabem o que estão a fazer e depois quem sofre sou eu»</i>, <i>«A ferida está maior, nem pensei que vêm para aqui fazer experimentações... não sou cobaia... já só tenho este pé!»</i>.</p> <p>Assim que chegamos junto de si, apresentamo-nos em tom calmo, pronunciando o nosso nome, tentando não alimentar a discussão, de forma a compreender a sua angústia. Inicialmente procuramos saber o seu nome, tendo-se de imediato identificado como Sr. J.</p> <p>Posteriormente a enfermeira orientadora afirmou: <i>Nós viemos até sua casa para ajudá-lo, porque trabalhamos em equipa para atingirmos melhores resultados. Já percebi que está preocupado com a situação,</i></p>	<p>A prática profissional de cuidados de enfermagem às pessoas idosas com dependência no domicílio vai no sentido de apoiar e conferir conforto e dignidade à sua vida (Gomes, 2009). “O domicílio é visto hoje como um espaço em que pessoas idosas portadoras de doenças crónicas e outras situações podem viver com qualidade de vida, mantendo os cuidados necessários para o tratamento da sua doença” (Gomes, 2009, p. 163).</p> <p>Reportando-se ao caso em análise é possível depreender que o Sr. J. que se encontrava a vivenciar uma situação de crise, de grande sofrimento e angústia, despoletando um discurso agressivo e ameaçador para com os profissionais de saúde.</p> <p>Para aliviar a tensão foi fundamental estabelecer uma relação de confiança e parceira com o Sr. J.. Para tal, revelámos o nosso nome e o objetivo da nossa visita, disponibilizando tempo e espaço para o escutar, os seus problemas e medos – Revelar-se.</p>

pois já tem muitos problemas, mas tem que tentar manter a calma pois nós só queremos o melhor para si.

O Sr. J. mais calmo referiu que já sofreu muito na vida, que é diabético tipo II, insulinotratado, já com alterações da visão (retinopatia diabética) e com história de uma amputação a nível do 1/3 médio da coxa direita há cerca de 7 anos, só lhe restando uma perna, sendo seguido na associação protetora dos diabéticos de Portugal (APDP). Recentemente veio a confrontar-se com a presença de uma nova úlcera, agora no pé esquerdo, sentindo-se com medo de ter o mesmo desfecho da anterior no pé direito que motivou a amputação, referindo com algumas lágrimas *«E depois como faço a minha vida... como cuido de mim...»*.

Referia com revolta que era divorciado, e que tinha 4 filhos mas que nenhum queria saber dele, sentindo que têm vergonha de si, da sua casa desarrumada e do seu estilo de vida. O Sr. J. mencionava: *«Não tenho o apoio de ninguém... estou sozinho, só conto com os meus vizinhos»*.

Em equipa tentámos dar resposta às suas questões e inseguranças, esclarecendo que estamos a fazer o melhor que sabemos e podemos, e que no depender da nossa equipa, iremos tratar a úlcera de acordo com as nossas competências, e que só com confiança é que conseguiríamos ultrapassar esta situação e evitar complicações.

Após aceitar o tratamento da úlcera e compreender melhor a situação, o Sr. J. pediu desculpa pela sua atitude e pelas suas palavras, mencionando

De forma a promover uma relação de qualidade com o Sr. J. foi necessário a construção de um espaço de reciprocidade, adotando uma atitude centrada em si, nas suas necessidades e potencialidades. Era necessário perceber os conhecimentos que o Sr. J. dispunha acerca da situação de doença, bem como os limites funcionais impostos pela mesma, para em conjunto se identificasse possibilidades e recursos para o cuidado de Si – **Envolver-se**.

«*andar nervoso*» por estar a aproximar-se o natal, confrontando-se com a solidão e com a progressão da sua dependência.

De forma a promover a sua rápida recuperação foi realizado ensino acerca da importância de não descurar a sua alimentação adequada, cumprindo o plano alimentar instituído na APDP e de seguir o regime terapêutico de modo a promover a cicatrização da úlcera.

Foi assim nosso intuito o desenvolvimento de competências no Sr. J. para agir e decidir, com base na educação para a saúde, com vista à partilha de responsabilidade no ultrapassar desta situação de doença.

A educação para a saúde realizada teve por base a transmissão de informação relevante para o controlo da Diabetes *Mellitus*, promovendo comportamentos saudáveis e conferindo-lhe *empowerment*.

De forma a atingir resultado positivos foram discutidas em conjunto algumas intervenções, nomeadamente o tratamento da ferida, optando-se pela aplicação de *Inadine*, sem aplicação de creme hidratante na região interdigital, para prevenir a humidade. Foi abordado com o Sr. J. a importância de manter o penso limpo e seco até à nova data de realização, salientando a importância de nos contactar em caso de perda de integridade, pelo que deixamos o contato da UCC. O Sr. J. apresentou-nos o plano alimentar delineado juntamente com os profissionais na APDP, tendo-lhe transmitido reforço positivo para a sua continuação.

Após um conhecimento profundo do Sr. J., das suas preocupações e do seu contexto de vida e de saúde, foi possível de forma conjunta trabalhar em parceria tendo como objetivo principal a cicatrização da úlcera, de forma a continuar com a sua trajetória de vida, sem complicações – **Capacitar ou possibilitar**. Citando Gomes (2013, p.102) o enfermeiro “Promove a negociação em que sugere o cuidado a prestar, e o doente tem o poder de decisão após informação clarificadora e reflexão, ou seja, informa, sugere, clarifica, promove a reflexão, válida com o doente o que ele decide”.

Assim, foram assumidos pelo Sr. J. alguns **compromissos**, nomeadamente:

- Manter o penso limpo e seco, prevenindo a infeção;
- Contactar a UCC de imediato em caso de perda de integridade do penso;
- Manter uma alimentação adequada, de acordo com o plano instituído na APDP;
- Vigiar os níveis de glicémia capilar, cumprindo com o esquema de insulina prescrito.

Verificámos também os últimos valores de glicémia capilar, aconselhando a manter o seu registo diário para na próxima visita termos conhecimento.

Esta visita decorreu durante cerca de uma hora e meia, e embora não se tenha iniciado da melhor forma, o resultado final foi positivo. Através da relação de parceria estabelecida conseguiu-se capacitar o Sr. J., para o cuidado de si, embora saibamos que este é um trabalho que necessita de ser continuado no tempo, em cada visita, transmitindo-lhe atenção, afeto e uma palavra amiga, para manter a sua confiança e se obter ganhos em saúde. Ficou acordado que próxima visita ao Sr. J. iria ser realizada apenas pela colega da UCC, responsável pelo seu cuidado, contudo informámos que sempre que fosse possível voltaríamos a fazer-lhe uma visita, de forma a acompanhar a sua recuperação.

O doente sentiu-se valorizado, com poder de decisão e responsabilidade no tratamento da úlcera, **assumindo o cuidado de Si**. Assumiu compromissos que acredita serem importantes para si, manifestando uma maior tranquilidade face ao apoio demonstrado pela UCC.

Teria sido importante envolver os filhos do Sr. J. no seu plano de cuidados, mas mediante os problemas familiares vigentes, tal não foi possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Gomes, I.D. (2009). *Cuidado de Si A Natureza da Parceria entre o enfermeiro e o doente idoso o domicílio*. (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa;
- Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicilio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência.

APÊNDICE XIII:

GRELHA DE OBSERVAÇÃO PARA ANÁLISE DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM DO
SERVIÇO DE URGÊNCIA E ANÁLISE DOS RESULTADOS

GRELHA DE OBSERVAÇÃO PARA ANÁLISE DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E ANÁLISE DOS RESULTADOS

INDICADORES DE PARCERIA

Grelha de análise dos Registos de Enfermagem e de Colheita de Dados

ANÁLISE INICIAL: Processos de Enfermagem (n=20 processos)

1ª FASE DO MODELO DE PARCERIA

Revelar-se (Gomes, 2009)

<u>Indicador</u> - Identificação da pessoa idosa colonizada/infetada com MRSA, ou em situação de risco	Registado	Não registado	Não aplicável
Nome pelo qual prefere ser chamado	0	20	0
Idade	9	11	0
Habilitações Literárias	0	20	0
Profissão (se reformado, qual foi a sua profissão)	2	18	0
Hábitos religiosos	0	20	0
Morada e contactos	16	4	0

<u>Indicador</u> - Situação sociofamiliar	Registado	Não registado	Não aplicável
Estado civil	0	20	0
Pessoa significativa/cuidador	5	15	0
Pessoa com quem habita	3	17	0
Apoio domiciliário	0	2	18
Recursos económicos (identificação das dificuldades)	0	20	0
Condições habitacionais e sanitárias	0	20	0

Residente em lar	4	9	7
Residente em instituições de cuidados continuados	1	2	17
Ocupações tempos livres (projeto de vida)	0	20	0

<u>Indicador</u> – Contexto da doença	Registado	Não registado	Não aplicável
Motivo de vinda ao SU	20	0	0
Motivo de internamento (diagnóstico)	20	0	0
Impacto da doença/isolamento contacto	0	20	0
Antecedentes Pessoais (insuficiência renal crónica sob hemodiálise)	17	3	0
Portador de feridas crónicas	15	5	0
Portador de dispositivos invasivos	8	12	0
Hábitos e estilos de vida (nutricionais, alcoólicos, tabagismo, estupefacientes)	2	18	0
Medicação habitual no domicílio	0	20	0
Antibioterapia nos últimos 6 meses	0	9	11
Internamentos anteriores nos últimos 6 meses	0	7	13
Transferido de outra instituição hospitalar, com uma estadia superior a 48 horas	0	1	19
Tratamento doença	13	7	0

<u>Indicador</u> – Sistema sensorial	Registado	Não registado	Não aplicável
Fala	0	20	0
Visão (na altura da admissão)	0	20	0
Audição (na altura da admissão)	5	15	0

<u>Indicador</u> – Necessidades básicas	Registado	Não registado	Não aplicável
Respiração	18	2	0
Comunicação	5	15	0
Higiene pessoal (Hábitos de higiene, preferências, rotina de higienização das mãos)	0	20	0
Equilíbrio e mobilidade (também no domicílio).	0	20	0
Risco de quedas	0	20	0
Risco de desenvolvimento de úlceras por pressão	19	1	0
Hidratação	0	20	0
Alimentação (estado nutricional, uso de peças dentárias, necessidade de ajuda)	0	20	0
Sono e repouso	9	11	0
Eliminação vesical	6	14	0
Eliminação intestinal	3	17	0

<u>Indicador</u> – Estado cognitivo e emocional	Registado	Não registado	Não aplicável
Estado cognitivo	17	2	0
Estado Emocional	1	19	0

2ª FASE DO MODELO DE PARCERIA

Envolver-se (Gomes, 2009)

<u>Indicador</u> – Aprofundar o conhecimento da singularidade da pessoa idosa/família de modo a melhorar a relação e identificar necessidades e dificuldades	Registado	Não registado	Não aplicável
Identificação das preocupações da pessoa idosa e família	0	20	0
Quais os sentimentos da pessoa idosa e sua família face à sua doença (receios e crenças)	2	18	0

Quais os conhecimentos da pessoa idosa e sua família sobre o modo de transmissão da infeção por MRSA e sua capacidade de compreensão	0	20	0
Identificação conjunta com a pessoa idosa/família das condições ambientais no hospital, que se revelam adversas para o seu bem-estar e recuperação	2	18	0

3ª FASE DO MODELO DE PARCERIA

Capacitar/Possibilitar (Gomes, 2009)

<u>Indicador</u> – Construir uma ação conjunta com a pessoa idosa e/ou família, na qual o poder é partilhado, com vista ao desenvolvimento de capacidades de tomada de decisão e de execução	Registado	Não registado	Não aplicável
Criação de um ambiente seguro e facilitador da relação com a pessoa idosa e família	2	18	0
Realização de educação para a saúde junto da pessoa idosa e família, partilhando informações acerca da prevenção da infeção por MRSA, mediante as necessidades de conhecimento identificadas e esclarecendo as questões que surjam	2	18	0
Identificação e validação contínua das necessidades de conhecimentos da pessoa idosa/família acerca da infeção por MRSA, modo de transmissão, isolamento de contacto e prevenção de complicações	0	20	0
Promoção de boas práticas de prevenção da infeção junto da pessoa idosa/família, dando reforço positivo aquando o seu cumprimento	3	17	0
Estimulação das capacidades físicas da pessoa idosa, convidando-a para as tarefas a realizar e promovendo a sua mobilidade, garantindo a segurança das outras pessoas internadas	1	19	0
Avaliação do bem-estar da pessoa idosa, minimizando o impacto do isolamento de contacto, tendo em conta as suas preferências.	0	20	0

<u>Indicador</u> – Possibilitar o cuidado da pessoa idosa, quando a mesma não dispõe de autonomia para o realizar	Registado	Não registado	Não aplicável
Identificação das atividades de vida que a pessoa idosa necessita de ajuda parcial ou total	0	20	0
Estimulação das capacidades do cuidador familiar, de forma a possibilitar o cuidado à pessoa idosa nas atividades de vida que esta não tem autonomia para realizar	0	20	0
Avaliação do bem-estar do cuidador familiar, identificando necessidades e preocupações	0	20	0

4ª FASE DO MODELO DE PARCERIA

Comprometer-se (Gomes, 2009)<u>Indicador</u>– Suportar o compromisso estabelecido em parceria de acordo com o objetivo comum traçado	Registado	Não registado	Não aplicável
Estabelecimento de um plano de manutenção de boas práticas, entre o enfermeiro e a pessoa idosa, de modo a evitar transmissão da infeção, no hospital e em casa, avaliando-o de forma continua	0	20	0
Ajudar a família a adquirir capacidades para cuidar da pessoa idosa, prevenindo infeções	0	20	0
Ajudar a pessoa idosa/família a identificar sinais de alerta de infeção após a alta, de forma a saber quando deverá recorrer aos serviços de saúde	0	20	0
Estabelecimento de um plano de atividades diárias a realizar com a pessoa idosa/família, avaliando-o periodicamente	0	20	0

5ª FASE DO MODELO DE INTERVENÇÃO EM PARCERIA

Assumir o controlo do cuidado de Si ou assegurar o cuidado do outro (Gomes, 2009)

<u>Indicador</u> – Assegurar o controlo do doente sobre o seu cuidado e seu projeto de vida/saúde, ou a capacidade da família cuidar da pessoa idosa	Registado	Não registado	Não aplicável
A pessoa idosa demonstra conforto e bem-estar	2	18	0
A pessoa idosa/família demonstram conhecimentos acerca da doença e modo de transmissão do MRSA	0	20	0

Em caso de colonização com MRSA, a pessoa idosa/família sabe o que fazer	0	20	0
<p>Aquando a alta a pessoa idosa/família sabe os cuidados a ter, no que diz respeito:</p> <ul style="list-style-type: none"> -À lavagem das mãos; -Ao cumprimento do regime terapêutico (antibioterapia específica, esquema de Mupirocina, terapêutica diária); -Aos cuidados de higiene diários; -À importância de manter os pensos limpos e íntegros, se existirem; -À lavagem e secagem das roupas pessoais e da cama; -À importância de não partilhar objetos pessoais (escova do cabelo, de dentes, óculos, vestuário); -À importância de informar os profissionais de saúde acerca da sua condição de saúde em caso de recorrência aos serviços de saúde. 	0	3	17
A pessoa idosa/família demonstram conhecimentos e confiança no enfermeiro, assumindo-o como um recurso importante que podem contactar sempre que sintam necessidade	0	3	17

INDICADORES DE PARCERIA

Grelha de análise dos Registos de Enfermagem e de Colheita de Dados

ANÁLISE FINAL: Processos de Enfermagem (n=20 processos)

1ª FASE DO MODELO DE PARCERIA

Revelar-se (Gomes, 2009)

<u>Indicador</u> - Identificação da pessoa idosa colonizada/infetada com MRSA, ou em situação de risco	Registado	Não registado	Não aplicável
Nome pelo qual prefere ser chamado	5	15	0
Idade	13	7	0
Habilitações Literárias	4	16	0
Profissão (se reformado, qual foi a sua profissão)	4	16	0
Hábitos religiosos	0	20	0
Morada e contactos	19	1	0

<u>Indicador</u> - Situação sociofamiliar	Registado	Não registado	Não aplicável
Estado civil	0	20	0
Pessoa significativa/cuidador	14	6	0
Pessoa com quem habita	12	8	0
Apoio domiciliário	7	0	13
Recursos económicos (identificação das dificuldades)	0	20	0
Condições habitacionais e sanitárias	0	20	0
Residente em lar	13	0	7
Residente em instituições de cuidados continuados	1	0	19
Ocupações tempos livres (projeto de vida)	1	20	0

<u>Indicador</u> – Contexto da doença	Registado	Não registado	Não aplicável
Motivo de vinda ao SU	20	0	0
Motivo de internamento (diagnóstico)	20	0	0
Impacto da doença/isolamento contacto	7	13	0
Antecedentes Pessoais (insuficiência renal crónica sob hemodiálise)	20	0	0
Portador de feridas crónicas	17	31	0
Portador de dispositivos invasivos	14	6	0
Hábitos e estilos de vida (nutricionais, alcoólicos, tabagismo, estupefacientes)	3	17	0
Medicação habitual no domicílio	0	20	0
Antibioterapia nos últimos 6 meses	7	4	9
Internamentos anteriores nos últimos 6 meses	7	4	9
Transferido de outra instituição hospitalar, com uma estadia superior a 48 horas	0	0	20
Tratamento doença	20	0	0

<u>02Indicador</u> – Sistema sensorial	Registado	Não registado	Não aplicável
Fala	4	16	0
Visão (na altura da admissão)	7	13	0
Audição (na altura da admissão)	7	13	0

<u>Indicador</u> – Necessidades básicas	Registado	Não registado	Não aplicável
Respiração	20	0	0

Comunicação	6	14	0
Higiene pessoal (Hábitos de higiene, preferências, rotina de higienização das mãos)	2	18	0
Equilíbrio e mobilidade (também no domicílio).	0	16	0
Risco de quedas	6	14	0
Risco de desenvolvimento de úlceras por pressão	20	0	0
Hidratação	5	15	0
Alimentação (estado nutricional, uso de peças dentárias, necessidade de ajuda)	10	10	0
Sono e repouso	13	7	0
Eliminação vesical	8	12	0
Eliminação intestinal	6	14	0

<u>Indicador</u> – Estado cognitivo e emocional	Registado	Não registado	Não aplicável
Estado cognitivo	19	1	0
Estado Emocional	10	10	0

2ª FASE DO MODELO DE PARCERIA

Envolver-se (Gomes, 2009)

<u>Indicador</u> – Aprofundar o conhecimento da singularidade da pessoa idosa/família de modo a melhorar a relação e identificar necessidades e dificuldades	Registado	Não registado	Não aplicável
Identificação das preocupações da pessoa idosa e família	8	12	0
Quais os sentimentos da pessoa idosa e sua família face à sua doença (receios e crenças)	8	12	0
Quais os conhecimentos da pessoa idosa e sua família sobre o modo de transmissão da infeção por MRSA e sua capacidade de compreensão	1	19	0

Identificação conjunta com a pessoa idosa/família das condições ambientais no hospital, que se revelam adversas para o seu bem-estar e recuperação	4	14	0
--	---	----	---

3ª FASE DO MODELO DE PARCERIA

Capacitar/Possibilitar (Gomes, 2009)

Indicador – Construir uma ação conjunta com a pessoa idosa e/ou família, na qual o poder é partilhado, com vista ao desenvolvimento de capacidades de tomada de decisão e de execução	Registado	Não registado	Não aplicável
Criação de um ambiente seguro e facilitador da relação com a pessoa idosa e família	10	10	0
Realização de educação para a saúde junto da pessoa idosa e família, partilhando informações acerca da prevenção da infeção por MRSA, mediante as necessidades de conhecimento identificadas e esclarecendo as questões que surjam	7	13	0
Identificação e validação contínua das necessidades de conhecimentos da pessoa idosa/família acerca da infeção por MRSA, modo de transmissão, isolamento de contacto e prevenção de complicações	0	20	0
Promoção de boas práticas de prevenção da infeção junto da pessoa idosa/família, dando reforço positivo aquando o seu cumprimento	9	11	0
Estimulação das capacidades físicas da pessoa idosa, convidando-a para as tarefas a realizar e promovendo a sua mobilidade, garantindo a segurança das outras pessoas internadas	7	13	0
Avaliação do bem-estar da pessoa idosa, minimizando o impacto do isolamento de contacto, tendo em conta as suas preferências.	7	13	0

Indicador – Possibilitar o cuidado da pessoa idosa, quando a mesma não dispõe de autonomia para o realizar	Registado	Não registado	Não aplicável
Identificação das atividades de vida que a pessoa idosa necessita de ajuda parcial ou total	5	15	0
Estimulação das capacidades do cuidador familiar, de forma a possibilitar o cuidado à pessoa idosa nas atividades de vida que esta não tem autonomia para realizar	2	18	0
Avaliação do bem-estar do cuidador familiar, identificando necessidades e preocupações	1	18	0

4ª FASE DO MODELO DE PARCERIA

Comprometer-se (Gomes, 2009)Indicador – Suportar o compromisso estabelecido em parceria de acordo com o objetivo comum traçado	Registado	Não registado	Não aplicável
Estabelecimento de um plano de manutenção de boas práticas, entre o enfermeiro e a pessoa idosa, de modo a evitar transmissão da infeção, no hospital e em casa, avaliando-o de forma continua	6	14	0
Ajudar a família a adquirir capacidades para cuidar da pessoa idosa, prevenindo infeções	6	14	0
Ajudar a pessoa idosa/família a identificar sinais de alerta de infeção após a alta, de forma a saber quando deverá recorrer aos serviços de saúde	5	15	0
Estabelecimento de um plano de atividades diárias a realizar com a pessoa idosa/família, avaliando-o periodicamente	5	15	0

5ª FASE DO MODELO DE INTERVENÇÃO EM PARCERIA

Assumir o controlo do cuidado de Si ou assegurar o cuidado do outro (Gomes, 2009)

Indicador – Assegurar o controlo do doente sobre o seu cuidado e seu projeto de vida/saúde, ou a capacidade da família cuidar da pessoa idosa	Registado	Não registado	Não aplicável
A pessoa idosa demonstra conforto e bem-estar	10	10	0
A pessoa idosa/família demonstram conhecimentos acerca da doença e modo de transmissão do MRSA	5	15	0

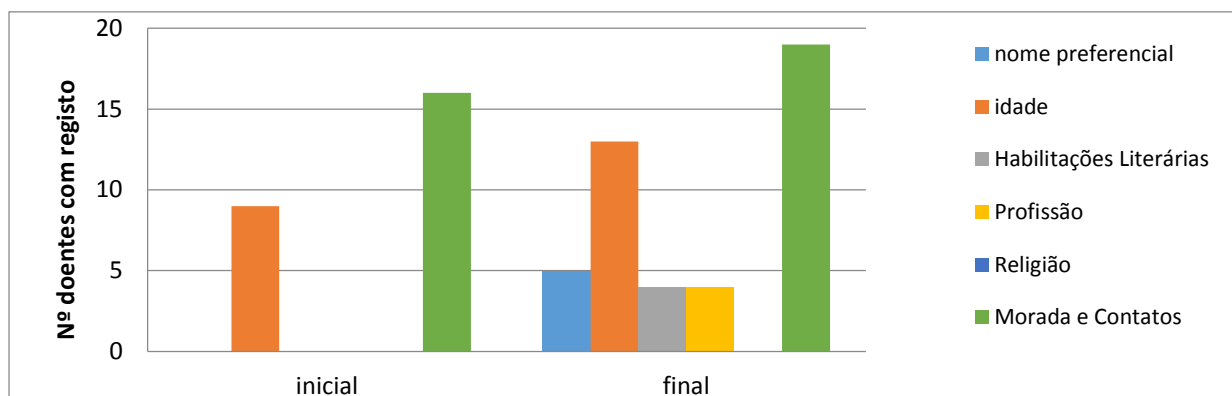
Em caso de colonização com MRSA, a pessoa idosa/família sabe o que fazer	5	15	0
Aquando a alta a pessoa idosa/família sabe os cuidados a ter, no que diz respeito: -À lavagem das mãos; -Ao cumprimento do regime terapêutico (antibioterapia específica, esquema de Mupirocina, terapêutica diária); -Aos cuidados de higiene diários; -À importância de manter os pensos limpos e íntegros, se existirem; -À lavagem e secagem das roupas pessoais e da cama; -À importância de não partilhar objetos pessoais (escova do cabelo, de dentes, óculos, vestuário); -À importância de informar os profissionais de saúde acerca da sua condição de saúde em caso de recorrência aos serviços de saúde.	2	2	16
A pessoa idosa/família demonstram conhecimentos e confiança no enfermeiro, assumindo-o como um recurso importante que podem contactar sempre que sintam necessidade	0	4	16

ANÁLISE DOS RESULTADOS DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

A implementação do presente projeto culminou numa melhoria dos registos da equipa de enfermagem do SU, cujos resultados se encontram esquematizados no presente documento de forma gráfica, para uma fácil leitura. A análise dos dados foi realizada com base numa grelha, previamente construída, a partir do modelo de parceria de Gomes (2009), tendo como guia as suas cinco fases.

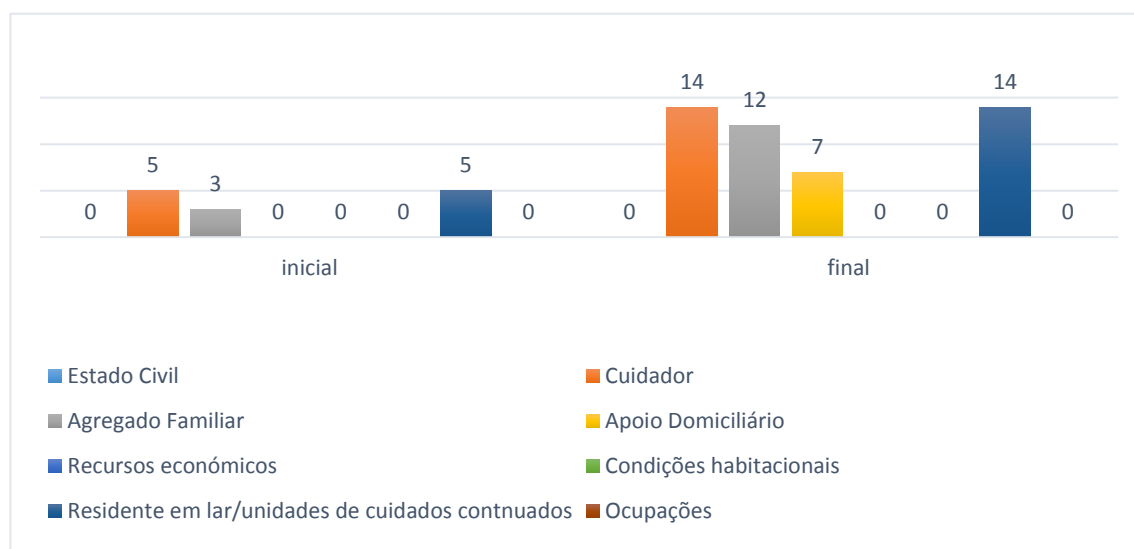
Relativamente à primeira fase do modelo de parceria, **REVELAR-SE**, o primeiro indicador – identificação da pessoa idosa colonizada/infetada com MRSA, ou em situação de risco, sofreu uma melhoria considerável a nível dos registos de enfermagem, passando a incluir o nome que a pessoa idosa prefere ser chamada, a idade, a escolaridade, a profissão, notando-se um maior cuidado de introduzir a morada e os contactos existentes. Como podemos observar no gráfico em baixo apenas os hábitos religiosos não sofreram mudança.

Gráfico 1 - Dados comparativos da primeira fase – Revelar-se, no indicador identificação da pessoa idosa



Ainda na mesma fase, no segundo indicador – situação sociofamiliar, os enfermeiros continuam a não registar o estado civil da pessoa idosa, os seus recursos económicos, as suas condições habitacionais e sanitárias, e as suas ocupações nos tempos livre. Verificou-se uma melhoria ao nível da identificação do cuidador (quando aplicável), do agregado familiar residente na mesma casa, ou se reside em lar ou dispõe de apoio domiciliário.

Gráfico 2 – Dados comparativos da primeira fase – Revelar-se, no indicador situação sociofamiliar

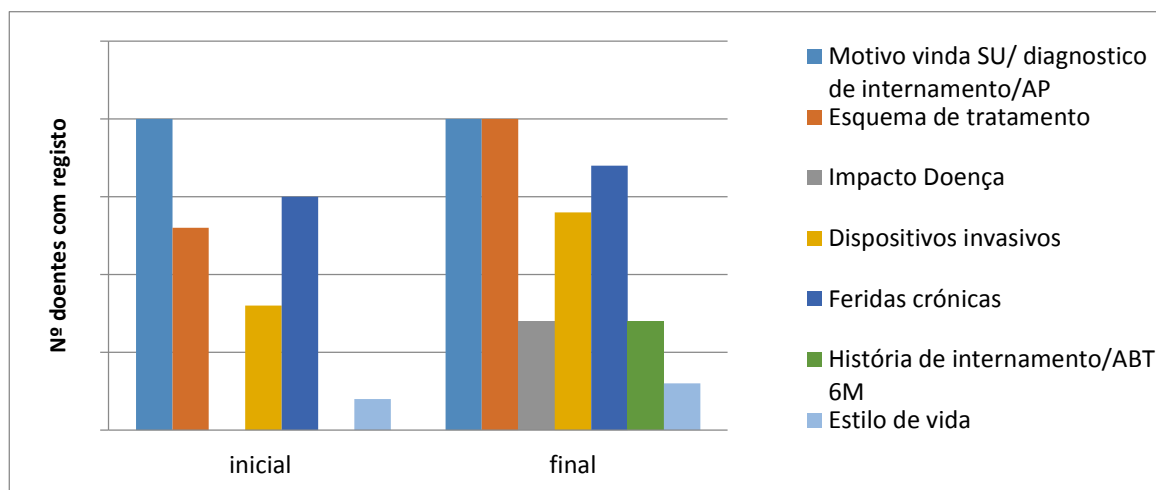


O contexto da doença foi também objeto de estudo nesta fase. Em relação ao motivo de vinda ao SU, diagnóstico de internamento, antecedentes pessoais da pessoa idosa e tratamento da doença, existe registos em 100% dos processos analisados. Os resultados obtidos nos restantes itens permite verificar um ligeiro aumento na preocupação de inquirir a pessoa idosa acerca do impacto da

doença/isolamento de contacto sobre si, se é portadora de dispositivos invasivos ou feridas, e se tem história de internamento ou antibioterapia recente. Os hábitos e estilos de vida, bem como a medicação habitual no domicílio são dados que a equipa de enfermagem ainda não valoriza nos registos, necessitando de um trabalho contínuo de formação.

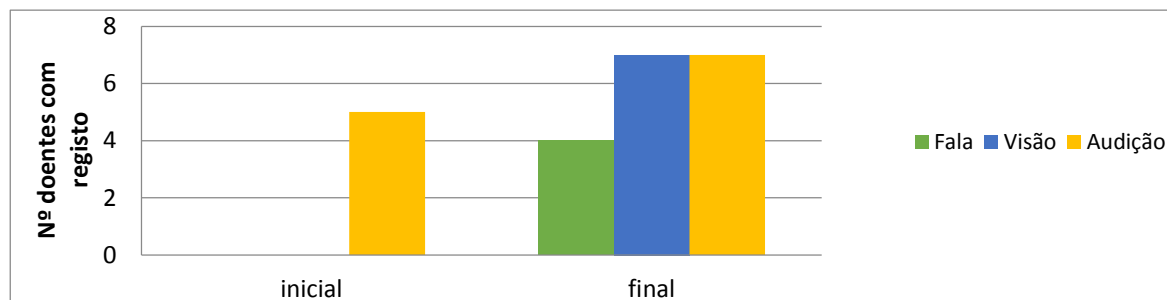
Os resultados dos registos para os aspetos: antibioterapia ou internamento nos últimos 6 meses, e transferência de outra instituição hospitalar, não obtiveram valores elevados de melhoria devido ao facto de cerca de 50% dos casos não ser aplicável, ou seja não se verificar estes critérios, daí que os enfermeiros não os tenham registado.

Gráfico 3 – Dados comparativos da primeira fase – Revelar-se, no indicador contexto da doença



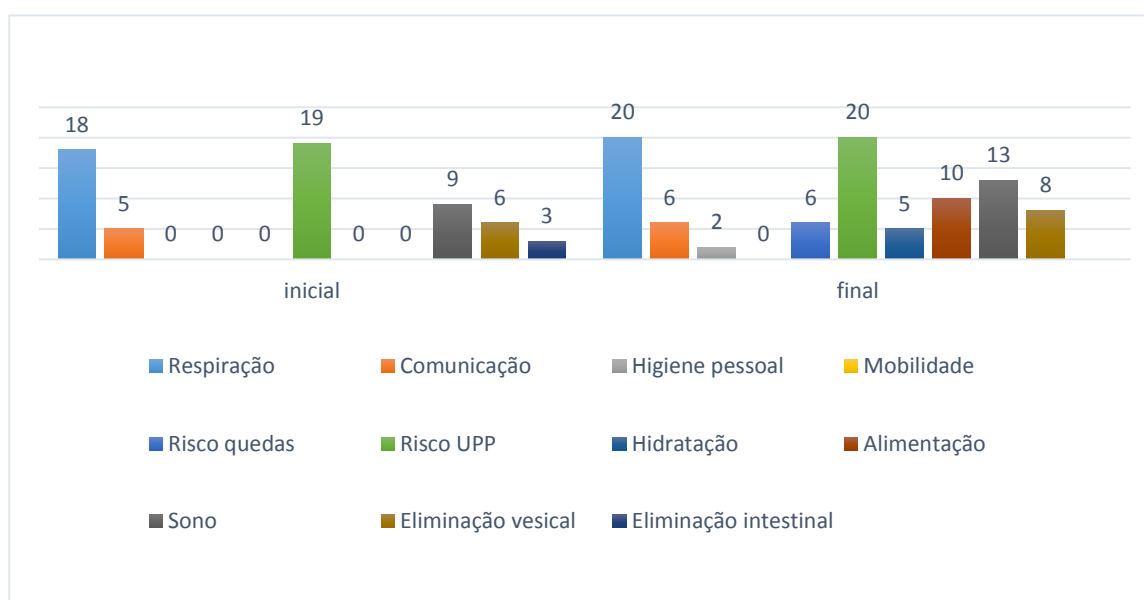
Ao nível do sistema sensorial, foi notória uma ligeira melhoria ao nível dos registos das alterações da fala, visuais e auditivas, sendo a acuidade visual o critério que obteve uma mudança mais acentuada, conforme expresso no gráfico abaixo apresentado.

Gráfico 4 – Dados comparativos da primeira fase – Revelar-se, no indicador sistema sensorial



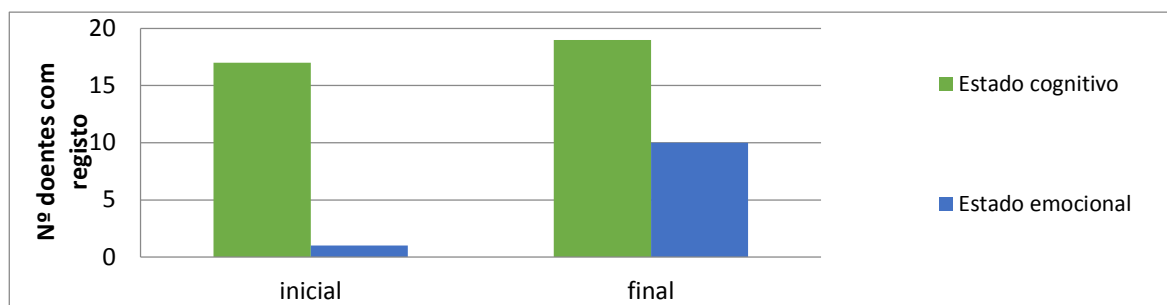
O registo das necessidades básicas são elementos essenciais para uma completa colheita de dados, sendo que os enfermeiros apenas registavam informação relativa à avaliação da respiração e eliminação vesical, o que é previsível visto tratar-se de um SU, onde os doentes se encontram muitas vezes em situação de instabilidade clínica, requerendo uma análise acerca do seu padrão prévio. O risco de úlceras por pressão também se encontrava presente na maioria dos registos iniciais analisados, visto ser de preenchimento obrigatório nos turnos da manhã em SO. Como itens que apresentaram melhoria posso destacar: risco de queda, alimentação, hidratação, sono, e eliminação intestinal. Manteve-se sobreponível os dados relativos à comunicação, higiene pessoal e mobilidade.

Gráfico 5 – Dados comparativos da primeira fase – Revelar-se, no indicador necessidades básicas



O último indicador referente à primeira fase consiste na avaliação do estado cognitivo e emocional das pessoas idosas internadas no SU. O estado cognitivo encontrava-se presente na maioria dos registos iniciais, de forma descritiva e por meio do preenchimento informático da escala de Glasgow em *alert*. O estado emocional passou a estar contemplado nos registos consultados, evidenciado uma melhoria de 50%.

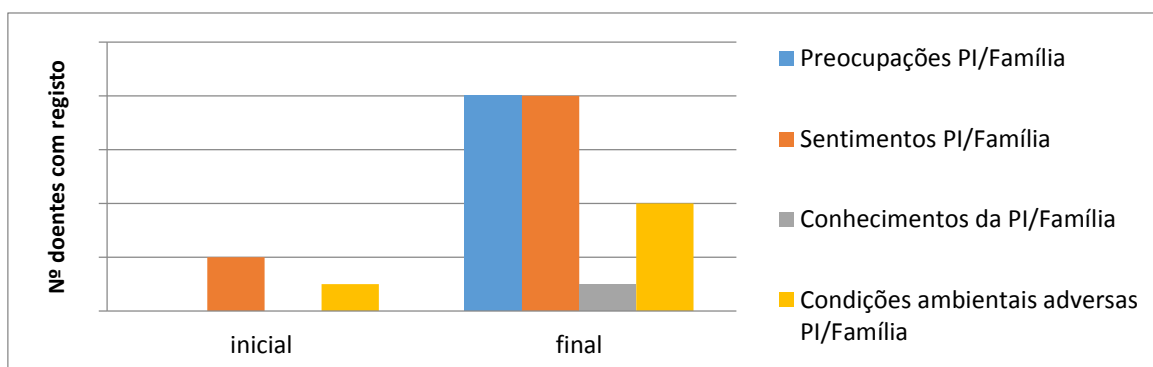
Gráfico 6 – Dados comparativos da primeira fase – Revelar-se, no indicador estado cognitivo e emocional



Para a segunda fase do modelo de parceria, **ENVOLVER-SE**, foi criado o indicador: Aprofundar o conhecimento da singularidade da pessoa idosa/família de modo a melhorar a relação e identificar necessidades e dificuldades. Foram considerados os seguintes fatores para análise: identificação das preocupações da pessoa idosa e família; seus sentimentos face à doença; quais os conhecimentos relativamente ao modo de transmissão do MRSA e sua capacidade de compreensão; e identificação conjunta com a pessoa idosa/família das condições adversas ao seu bem-estar e recuperação.

Inicialmente constatei que a equipa efetivamente não registava estes indicadores, contudo através da formação formal e informal, realizada aos colegas, já é notória na análise final dos registos uma maior preocupação na colheita destes aspetos. O conhecimento prévio que a pessoa idosa dispõe foi o único factor pouco registado, o que se pode dever à elevada carga de trabalho que os profissionais têm no SU, não priorizando o tempo para averiguar esta informação junto dos doente e sua família. Vou continuar a apostar numa melhoria contínua deste aspeto tão crucial, pois os ensinamentos de enfermagem têm que ser baseados naquilo que a pessoa sabe, nas suas preocupações e nas questões que para si são importantes.

Gráfico 7 – Dados comparativos da segunda fase – Envolver-se, no indicador aprofundar o conhecimento da singularidade da pessoa idosa/família de modo a melhorar a relação e identificar necessidades e dificuldades



Inserido na terceira fase do modelo de parceria, **CAPACITAR/POSSIBILITAR**, foi alvo de estudo dois indicadores nos registos de enfermagem consultados: construir uma ação conjunta com a pessoa idosa e/ou família, na qual o poder é partilhado, com vista ao desenvolvimento de capacidades de tomada de decisão e de execução; e possibilitar o cuidado da pessoa idosa, quando a mesma não dispõe de autonomia para o realizar. De seguido passo a apresentar os dados apurados nos gráficos 8 e 9.

Gráfico 8 – Dados comparativos da segunda fase – Envolver-se, no indicador construir uma ação conjunta com a pessoa idosa e/ou família, na qual o poder é partilhado, com vista ao desenvolvimento de capacidades de tomada de decisão e de execução

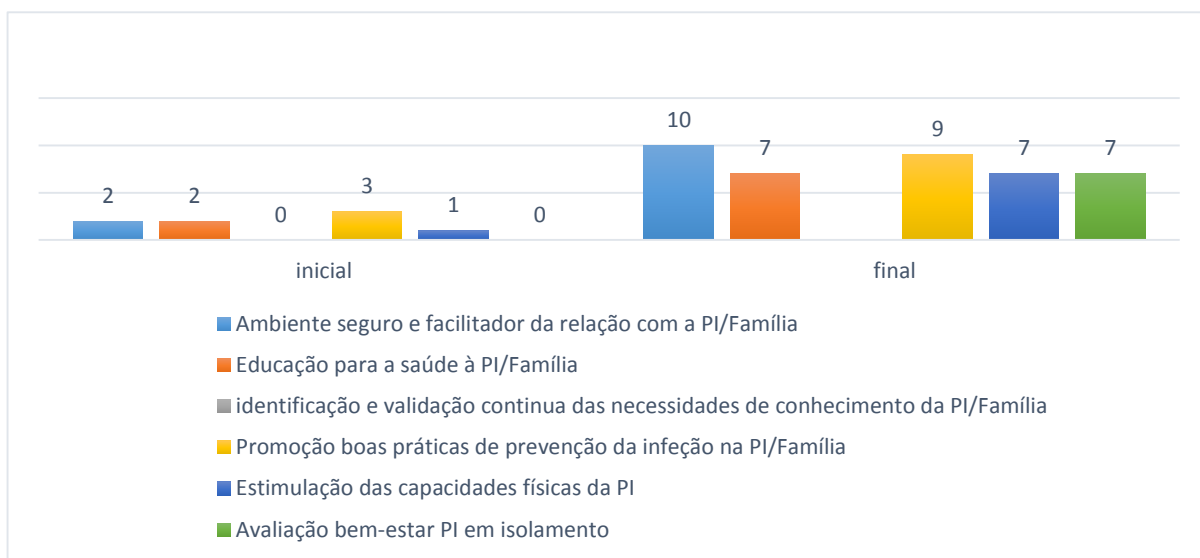
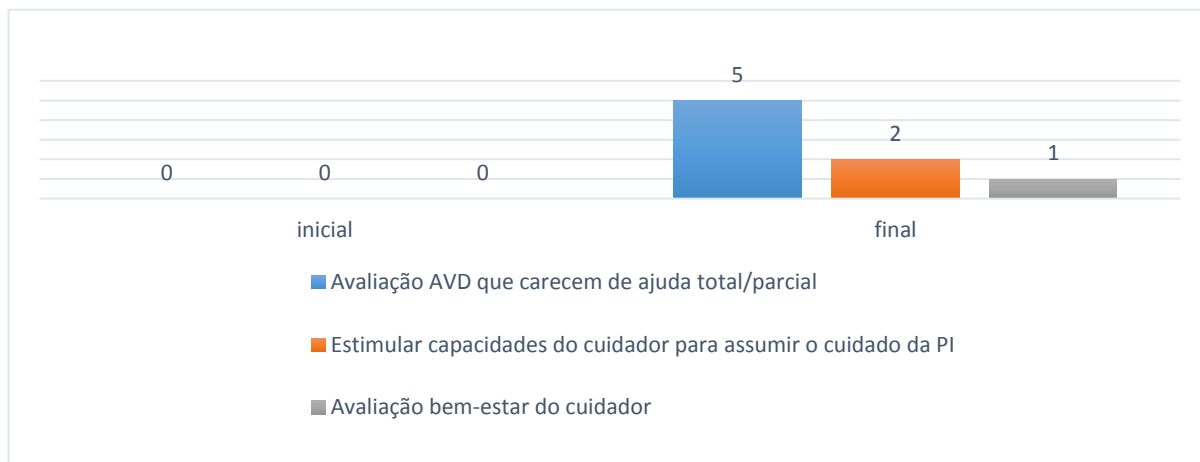


Gráfico 9 – Dados comparativos da segunda fase – Envolver-se, no indicador possibilitar o cuidado da pessoa idosa, quando a mesma não dispõe de autonomia para o realizar



Da análise dos dados posso depreender que houve uma ligeira melhoria nos registos de enfermagem, mas pouco significativa, muito aquém do ideal. Contudo, considero que os enfermeiros melhoraram as suas práticas no cuidado à pessoa idosa colonizada/infetada por MRSA internada no SU, mediante as observações e auditorias realizadas, não registando as suas intervenções e os seus resultados. Os enfermeiros ainda continuam muito ligados ao registo dos resultados das intervenções médicas, descurando as suas intervenções autónomas, como os ensinamentos realizados à pessoa idosa e sua família. Urge continuar a investir na consciencialização da equipa acerca do papel da enfermagem nesta problemática, e da importância de dar visibilidade ao trabalho realizado, através dos registos elaborados.

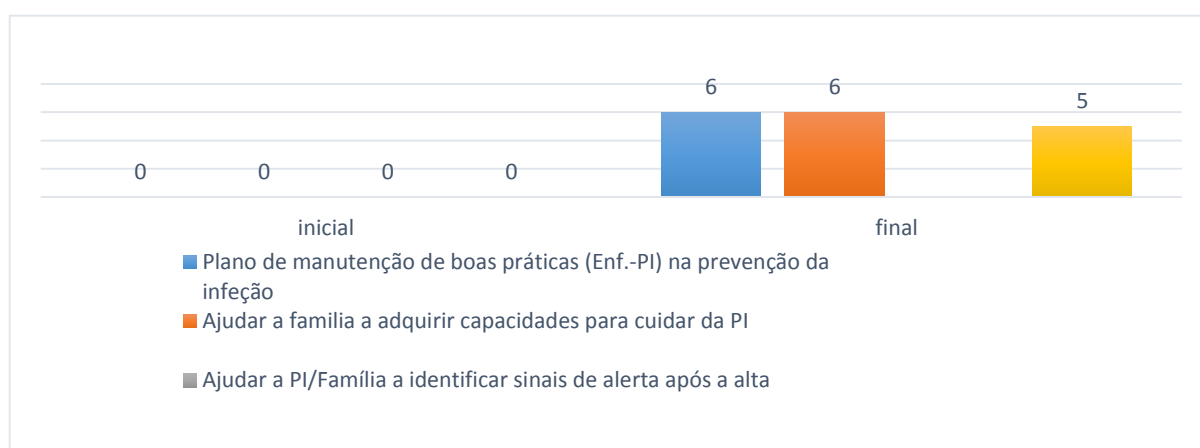
Face ao exposto, importa nesta fase refletir acerca do papel do cuidador na recuperação e bem-estar da pessoa idosa internada no SU em situação de isolamento de contacto. É fundamental o envolvimento da família nos cuidados a realizar, informando-a da situação clínica do doente, dos cuidados a ter em caso de colonização por MRSA, e as implicações sobre a sua funcionalidade e bem-estar emocional, de forma a planear a alta deste o primeiro dia de internamento em SO, promovendo o cuidado de Si. Esta preocupação ainda necessita de ser trabalhada em maior escala junto da equipa de enfermagem para que se consiga atingir números mais elevados de registos.

Passando à quarta fase do modelo de parceria, **COMPROMETER-SE**, foi delineado como indicador: Suportar o compromisso estabelecido em parceria de

acordo com o objetivo comum traçado. A melhoria evidenciada nos registos de enfermagem foi fraca, contudo estou convicta que não retrata a prática profissional. No meu entender os enfermeiros estão mais despertos para a importância de estabelecerem um plano de manutenção de boas práticas com a pessoa idosa no decurso do internamento no SU, de modo a evitar a transmissão da infeção, partilhando conhecimentos e desenvolvendo capacidades na pessoa idosa e família, para que identifiquem futuramente sinais de alerta de infeção após a alta hospitalar.

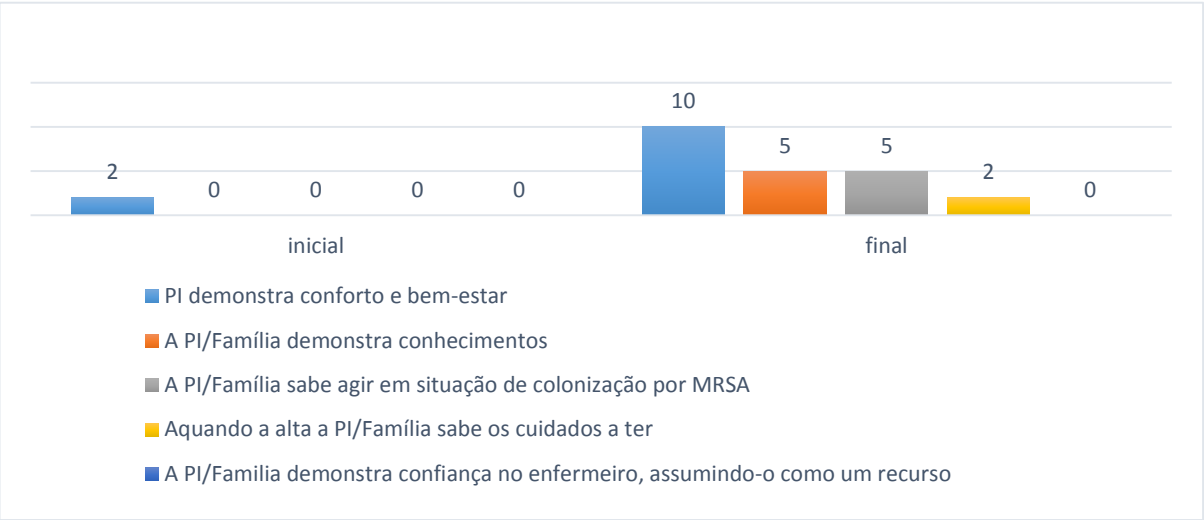
No entanto muito deste trabalho fica por registar, focando essencialmente os aspetos ligados à terapêutica e ao estado hemodinâmico, descurando a redação do plano de atividades estabelecido em parceria com o doente e os compromissos assumidos. Os dados apurados encontram-se projetados no gráfico 10.

Gráfico 10 – Dados comparativos da segunda fase – Comprometer-se, no indicador suportar o compromisso estabelecido em parceria de acordo com o objetivo comum traçado



Na última fase do modelo de Parceria – **ASSEGURAR O CUIDADO DE SI**, foi analisada o indicador: assegurar o controlo do doente sobre o seu cuidado e seu projeto de vida/saúde, ou a capacidade da família cuidar da pessoa idosa, o qual foi composto por cinco critérios. Destes houve melhoria ao nível do registo do bem-estar e conforto demonstrado pela pessoa idosa. O registo da aquisição de conhecimentos pela pessoa idosa e seu cuidador obteve uma melhoria ligeira. Aquando a alta hospitalar da pessoa idosa ainda colonizada com MRSA, o registo de enfermagem sobre os ensinamentos efetuados à pessoa idosa e seu cuidador acerca dos cuidados a ter foi realizado apenas em dois casos, de quatro casos existentes. Os restantes 16 casos obtiveram transferência para outros serviços no hospital. Estes dados encontram-se expressos no gráfico 11, abaixo indicado

Gráfico 11 – Dados comparativos da segunda fase – Assumir o controlo do cuidado de Si ou assegurar o cuidado do outro, no indicador assegurar o controlo do doente sobre o seu cuidado e seu projeto de vida/saúde, ou a capacidade da família cuidar da pessoa idosa.



APÊNDICE XVII:

QUESTIONÁRIO APLICADO À EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE URGÊNCIA
E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Questionário

Este questionário insere-se no âmbito do estágio do 5º Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa, a decorrer no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal, no qual me encontro a desenvolver um projeto intitulado de “Prevenção da Infecção por *Staphylococcus aureus* Meticilino-Resistente (MRSA) na Pessoa Idosa: A parceria como Intervenção de Enfermagem para Promover o Cuidado de SI”.

Os objetivos gerais para este projeto são:

- Desenvolver competências como enfermeira especialista na promoção do cuidado de Si à pessoa idosa hospitalizada com MRSA, utilizando a parceria como intervenção de enfermagem;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar na prevenção e controlo da transmissão da infeção por MRSA na pessoa idosa hospitalizada.

Neste sentido, peço a vossa colaboração no preenchimento deste questionário, com vista a apurar necessidades formativas no âmbito da prevenção e controlo da infeção por MRSA. Este instrumento visa compreender o que os enfermeiros sabem acerca das características do microrganismo, sua colonização ou infeção, intervenções de enfermagem a realizar, seu tratamento e cuidados a prestar aquando a transferência ou alta para a comunidade.

Comprometo-me desde já a garantir a privacidade e a confidencialidade dos dados, em regime de anonimato dos inquiridos.

Enf.^a Verónica Florêncio

Coloque um círculo à volta da resposta que considera correta

A. O *Staphylococcus aureus* Meticilino-Resistente (MRSA) é:

1. Um parasita
2. Um vírus
3. Uma toxina
4. Uma bactéria

B. O *Staphylococcus aureus* tem vindo a ganhar resistência aos antimicrobianos. Este facto deve-se a:

1. Seleção natural
2. Uso inadequado e excessivo de antimicrobianos
3. Inadequada manipulação dos antimicrobianos
4. Falta de condições sanitárias da população

C. O MRSA:

1. Pode colonizar a pele das pessoas, sem causar sintomas
2. Pode provocar infeções, sem causar sintomas
3. Coloniza apenas as pessoas imunodeprimidas
4. Coloniza a pele das pessoas, causando sintomas

D. Os lugares de colonização de MRSA mais frequentes na pessoa idosa são:

1. Mucosa nasal e região interdigital
2. Região axilar e inguinal
3. Mucosa nasal e faríngea
4. Mucosa nasal, axilas, faringe, vagina e superfícies cutâneas lesadas

E. A pesquisa ativa dos portadores de MRSA deve ser realizada no SU a todos os doentes admitidos no serviço de observação, tendo como critério:

1. Idosos residentes em lar ou instituições de cuidados continuados, ou com história de internamento ou regime de antibioterapia nos últimos 6 meses
2. Portador de insuficiência renal crónica sob hemodiálise
3. Portador de dispositivos invasivos ou feridas crónicas na comunidade
4. Todos os anteriores

F. Em caso de suspeita de colonização/infeção por MRSA, o doente:

1. Deve permanecer em isolamento de contacto apenas após a confirmação do resultado, em quarto individual ou em coorte
2. Deve permanecer em isolamento de contacto imediato até conhecimento do resultado, em quarto individual ou em coorte
3. Deve permanecer em isolamento de contacto apenas após a confirmação do resultado, em quarto individual
4. Deve permanecer em isolamento de contacto imediato até conhecimento do resultado, em quarto individual

G. Nas precauções de contacto, o equipamento a utilizar no contacto direto com o doente, é:

1. Bata ou avental e luvas
2. Bata ou avental e luvas e máscara cirúrgica
3. Bata ou avental, luvas e máscara cirúrgica se existir risco de salpico de secreções ou fluidos
4. Bata ou avental, luvas e respirador de partículas

H. As deslocações entre serviços ou para a realização de exames complementares de diagnóstico dos doentes colonizados/infetados por MRSA ou suspeitos de colonização/infeção por MRSA, deve:

1. Ser programada de modo a reduzir os tempos de espera e assegurar que estes doentes sejam os últimos a realizar exames
2. Ser programada de modo a reduzir os tempos de espera e assegurar que estes doentes sejam os primeiros a realizar exames
3. Ser programada de modo a que os profissionais tenham tempo para tomar as medidas de proteção de contacto adequadas

4. Ser realizada com a máxima urgência de forma a prevenir complicações, visto tratar-se de uma situação clínica com elevada mortalidade

I. Em relação às visitas dos doentes colonizados/infetados por MRSA ou suspeitos de colonização/infeção por MRSA, as visitas:

1. Devem usar medidas de proteção de contacto e higienizar as mãos antes e depois de contactar com o doente
2. Não devem usar medidas de proteção de contacto porque não vão contactar com os outros doentes
3. Não devem usar medidas de proteção de contacto, porque o seu uso incorreto acarreta mais riscos do que o seu não uso
4. Devem apenas higienizar as mãos antes e após o contacto com o doente

J. O tratamento do MRSA passa por:

1. Descolonização das pessoas portadoras mediante a aplicação de pomada nasal de Mupirocina 2% e banho diário com clorhexidina 4% durante 5 dias, repetindo rastreio de imediato
2. Descolonização das pessoas portadoras mediante a aplicação de pomada nasal de Mupirocina 2% e banho diário com clorhexidina 4% durante 5 dias, repetindo rastreio ao 7º dia
3. Descolonização das pessoas portadoras mediante a aplicação de pomada nasal de Mupirocina 2% e banho diário com clorhexidina 4% durante 7 dias, repetindo rastreio de imediato
4. Descolonização das pessoas portadoras mediante antibioterapia específica, como a vancomicina

K. Se a descolonização falhar:

1. Poderá repetir-se o procedimento, nunca se efetuando mais de três cursos de descolonização

2. Fica em isolamento de contacto até a alta, tratando-se de um portador de MRSA crónico
3. Poderá repetir-se o procedimento, nunca se efetuando mais de dois cursos de descolonização
4. Poderá repetir-se o procedimento, nunca se efetuando mais de um curso de descolonização

L. Quando se planeia a limpeza e desinfeção da unidade do doente colonizado/infetado com MRSA é muito importante:

1. Limpar e desinfetar pelo menos uma vez por dia a unidade com papel mecha embebido em desinfetante (TFD 9 – 10 Vapo)
2. Limpar e desinfetar a unidade do doente com papel mecha embebido em desinfetante (TFD 9 – 10 Vapo) apenas depois da transferência/alta do doente
3. Limpar e desinfetar pelo menos uma vez por dia a unidade com papel mecha embebido em lixívia
4. Quando a alta do doente, esperar 1 hora para a sua realização, para que se dê a renovação do ar

M. No que diz respeito à roupa retirada da unidade do doente infetado com MRSA:

1. É potencialmente contaminada, devendo ser colocada em saco de plástico branco, selado no interior do quarto e enviado à rouparia
2. É potencialmente contaminada, devendo ser colocada em saco de plástico vermelho, selado no interior do quarto e enviado à rouparia
3. É potencialmente contaminada, devendo ser colocada em saco de plástico branco, selado no exterior do quarto e enviado à rouparia
4. Não há risco de contaminação, pelo que pode seguir o percurso da roupa dos restantes doentes, em saco transparente e enviado à rouparia

N. Aquando a alta do doente colonizado para a comunidade, o enfermeiro deve:

1. Alertar o chefe de equipa médico e de enfermagem que o doente ainda se encontra a fazer esquema de descolonização, não devendo ter alta para a comunidade
2. Telefonar para a equipa de gestão de altas a informar da ida do doente para a comunidade, para acionar os cuidados na comunidade
3. Informar o chefe de equipa de enfermagem da alta do doente colonizado para a comunidade
4. Notificar a Comissão de Controle de Infecção da ida do doente para a comunidade, mediante o preenchimento de um documento para o efeito

Deixe o seu comentário/sugestão:

Muito obrigada pela sua colaboração

Respostas certas:

A-4; B-2; C-1; D-4; E-4; F-2; G-3; H-1; I-1; J-2; K-3; L-1; M-2; M-4

ANÁLISE DOS RESULTADOS

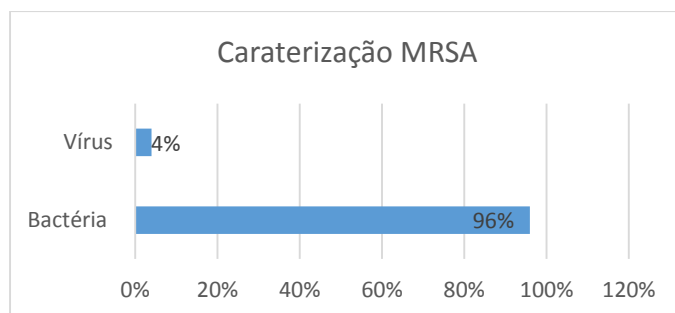
De forma a apurar necessidades formativas dos enfermeiros do SU, no que concerne à prevenção e controlo da infeção por *Staphylococcus aureus* Meticilino-Resistente (MRSA), foi aplicado um questionário com o objetivo de compreender o que os profissionais sabem acerca deste microrganismo, sua colonização ou infeção, intervenções a realizar, seu tratamento, e cuidados a prestar aquando a transferência ou alta para a comunidade. Só com um conhecimento aprofundado acerca dos conhecimentos existentes na equipa de enfermagem é que se poderá fundamentar tomadas de decisão e planear processos formativos no contexto.

A amostra seleccionada foi de 59 enfermeiros, correspondente à totalidade da equipa de enfermagem do SU. Destes, 9 foram excluídos por se encontrarem ausentes por motivos de férias e licenças, e 1 por recusa em participar. No total preencheram o questionário 49 enfermeiros.

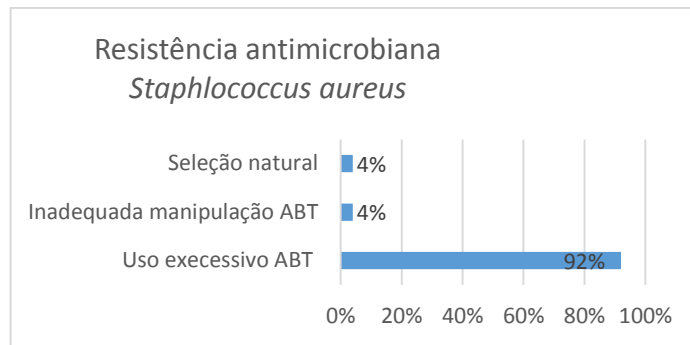
Procedendo ao estudo das respostas obtidas, foi possível depreender a necessidade real de formação na área de forma a melhorar a prestação de cuidados à pessoa colonizada ou infetada por MRSA, prevenindo a sua transmissão entre doentes, e a disseminação para a comunidade.

De seguida, segue a análise dos dados das questões, de forma sistematizada e pormenorizada.

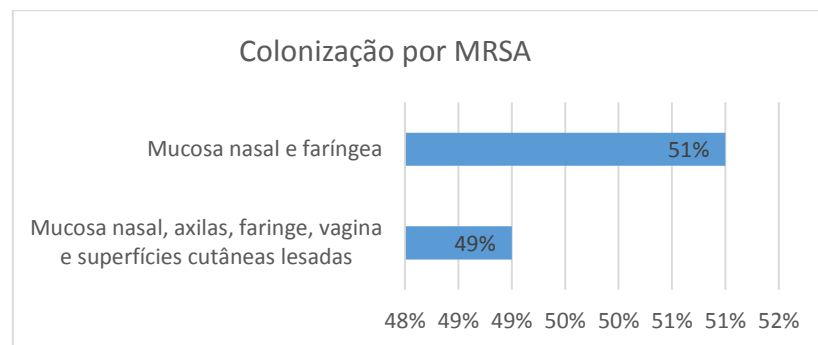
- A.** Quanto há caracterização do MRSA, 96% dos inquiridos responderam que é uma bactéria e 4% que é um vírus.



- B.** Este agente tem vindo a ganhar resistência aos antimicrobianos, facto que segundo 92% dos inquiridos se deve ao uso inadequado e excessivo dos mesmos, que está correto. Contudo 8% erraram a questão, sendo que 4% afirmaram ser devido à selecção natural e outros 4% devido à inadequada manipulação dos antimicrobianos.

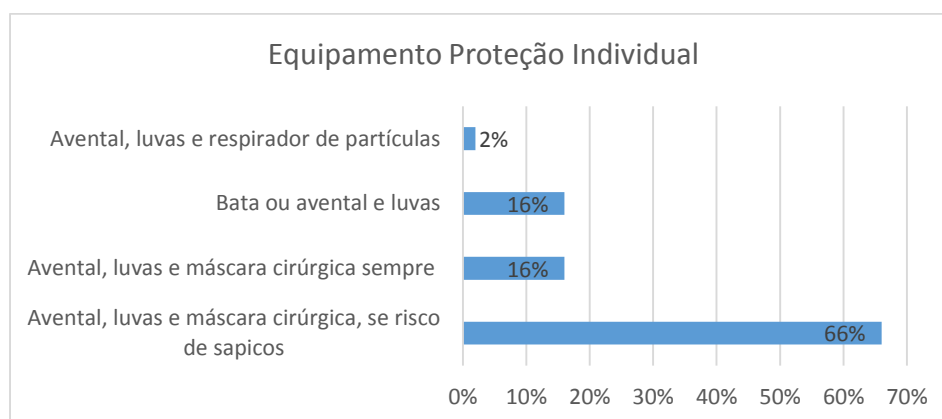


- C.** O MRSA pode colonizar a pele das pessoas, sem causar sintomas. Aspeto defendido por 74% dos profissionais, embora 22% considere de forma errada que poderá existir infeção, sem sintomatologia. Ainda 4% dos enfermeiros referiram que o MRSA pode colonizar a pele, provocando sintomas.
- D.** Os lugares de colonização são a mucosa nasal, axilas, faringe, vagina e superfícies cutâneas lesados, tendo 49% dos inquiridos respondido de forma correta. Os restantes 51% consideraram apenas, de modo incompleto, a mucosa nasal e faríngea.



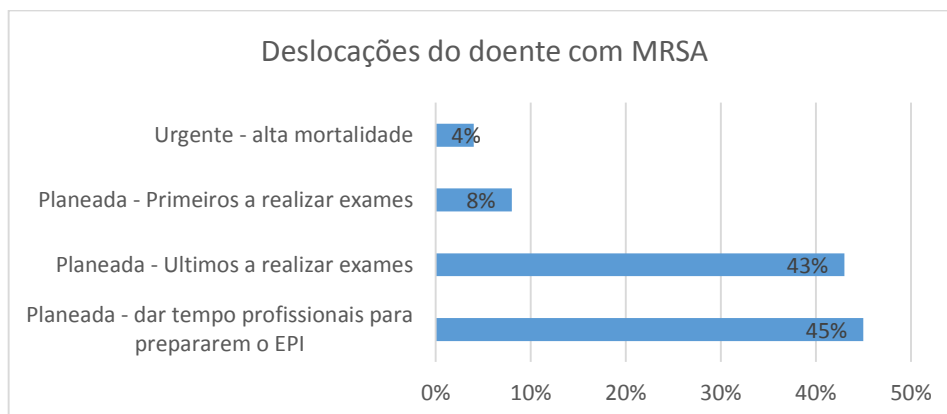
- E.** A pesquisa ativa dos portadores de MRSA deve ser realizada no SU a todos os doentes admitidos no serviço de observação, tendo como critérios: idosos residentes em lar ou instituições de cuidados continuados, ou com história de internamento ou regime de antibioterapia nos últimos 6 meses; portadores de insuficiência renal crónica sob hemodiálise; e portadores de dispositivos invasivos ou feridas crónicas na comunidade. Dos participantes, 90% acertaram à questão, tendo 10% referido apenas o primeiro critério.

- F.** Em caso de suspeita de colonização/infeção por MRSA, o doente deve permanecer em isolamento de contacto imediato até conhecimento do resultado, em quarto individual ou em coorte. Item selecionado acertadamente por 35% dos profissionais. Dos restantes: 33% defenderam o isolamento imediato, mas apenas em quarto individual; 22% consideraram o isolamento de contacto apenas após a confirmação do resultado, em quarto individual ou em coorte; e 10% defenderam o isolamento após a confirmação do resultado e sempre em quarto individual.
- G.** Nas precauções de contacto, o equipamento a utilizar no contacto direto com o doente, é bata ou avental, luvas e máscara cirúrgica se existir risco de salpico de secreções ou fluido. Acertaram a esta questão 66% dos enfermeiros e erraram 34%. Destes últimos, 16% defenderam o uso universal de máscara cirúrgica, 16% selecionaram apenas o uso de bata ou avental e luvas, e 2% optaram pela utilização de respirador de partículas.

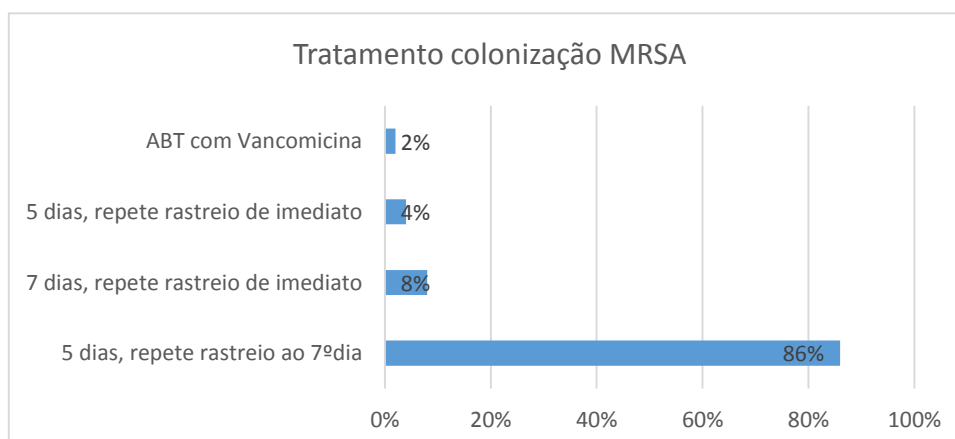


- H.** As deslocações entre serviços ou para a realização de exames complementares de diagnóstico dos doentes colonizados/infetados por MRSA ou suspeitos de colonização/infeção por MRSA, deve ser programada de modo a reduzir os tempos de espera e assegurar que estes doentes sejam os últimos a realizar exames. Dos profissionais inquiridos apenas 43% selecionaram esta afirmação, sendo que 45% referem que deverá ser programada, mas apenas para que os profissionais tenham tempo para tomar as medidas de protecção adequadas. Estes doentes nunca devem ser os primeiros a realizar os exames, embora 7% dos enfermeiros o tenha afirmado, nem devem realizar os mesmos com carácter de urgência, como 4% dos inquiridos referiram, visto ser

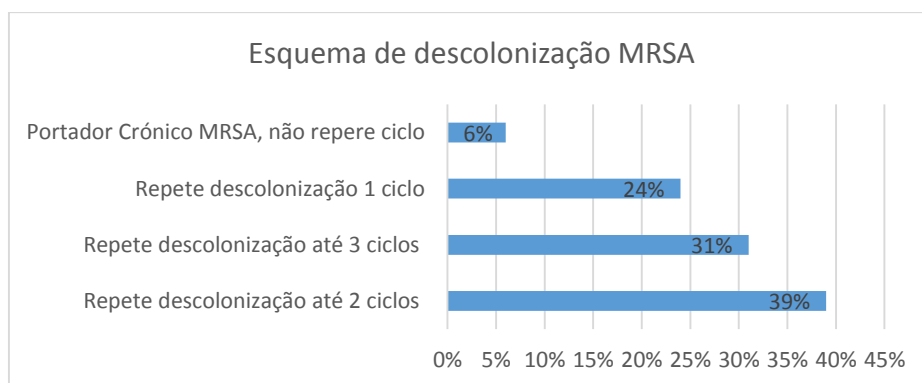
necessário um planeamento das deslocações e uma eficaz coordenação entre serviços.



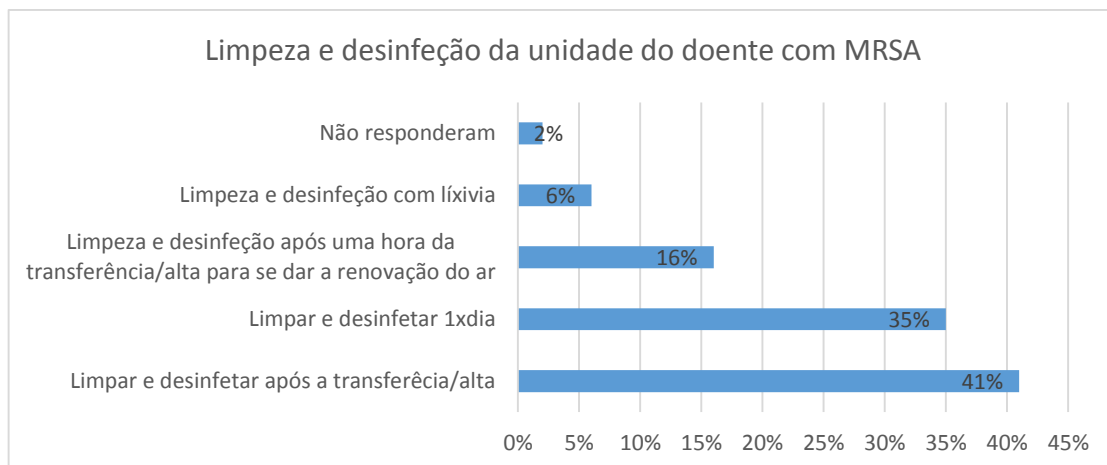
- I. Em relação às visitas dos doentes colonizados/infetados por MRSA ou suspeitos de colonização/infeção por MRSA, 100% dos enfermeiros inquiridos acertaram à questão, afirmando que estas devem ser usar medidas de proteção de contacto e higienizar as mãos antes e depois de contactar com o doente.
- J. Quanto ao tratamento do MRSA, 86% dos profissionais acertaram à questão, passando pela descolonização das pessoas portadoras mediante a aplicação de pomada nasal de Mupirocina 2% e banho diário com clorhexidina 4% durante 5 dias, repetindo rastreio ao 7ºdia. Dos restantes profissionais inquiridos, que erraram à questão, 8% consideraram que o tratamento são 7 dias, 4% defenderam que o novo rastreio deverá ser realizado de imediato após o término da descolonização, e 2% afirmaram que o tratamento passaria por antibioterapia específica, como a vancomicina.



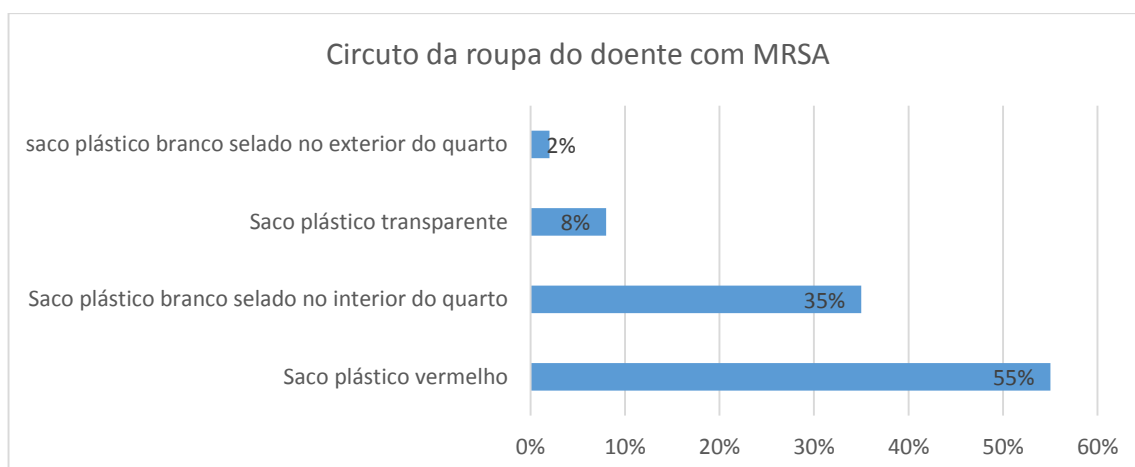
K. Se a descolonização falhar, poderá repetir-se o procedimento, nunca se efetuando mais de dois cursos de descolonização, tal como respondido, de forma correta por 39% dos enfermeiros. No entanto, 31% responderam que se poderia efectuar até três ciclos de descolonização, 24% afirmaram que se poderia repetir apenas uma vez, e 6% consideraram que se trataria de um portador crónico de MRSA, com necessidade de isolamento de contacto até à alta hospitalar.



L. Quando se planeia a limpeza e desinfeção da unidade do doente colonizado/infetado com MRSA é muito importante limpar e desinfetar pelo menos uma vez por dia a unidade com papel mecha embebido em desinfectante (TFD 9 – 10 Vapo). Esta boa prática é do conhecimento de apenas 35% dos enfermeiros. A maioria dos profissionais, 41%, defenderama realização da limpeza e desinfeção da unidade do doente apenas após a transferência/alta do doente. Ainda, 16% dos profissionais seleccionaram de forma incorreta, a necessidade de esperar 1 hora para a realização da limpeza e desinfeção da unidade, para que se dê a renovação do ar. O uso de lixívia foi seleccionadopor 7% dos profissionais, o que não esta de acordo com o preconizado pela norma do serviço.

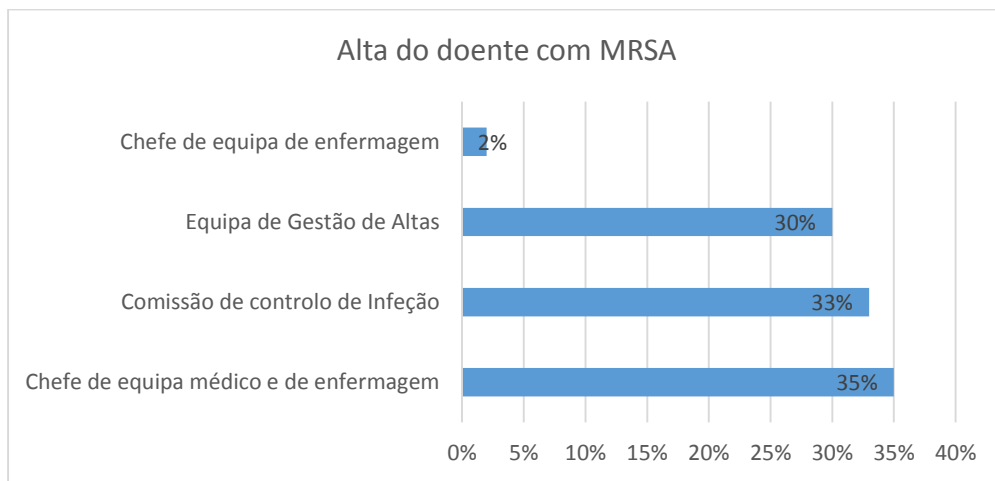


M. No que diz respeito à roupa retirada da unidade do doente infetado com MRSA, é potencialmente contaminada, devendo ser colocada em saco de plástico vermelho, selado no interior do quarto e enviado à rouparia, conforme respondido pela maioria dos profissionais (55%). O saco branco foi selecionado incorretamente por 37% dos inquiridos (35% + 2%). O saco transparente foi selecionado por 8%, e 2% referiram que o saco deveria ser selado no exterior do quarto, o que também não está correto.



N. Aquando a alta do doente colonizado para a comunidade, o enfermeiro segundo a norma hospitalar deverá notificar a Comissão de Controle de Infecção da ida do doente para a comunidade, mediante o preenchimento de um documento para o efeito, como é do entendimento de 32% dos inquiridos. Dos restantes enfermeiros, 37% reponderam que alertavam o chefe de equipa médico e de enfermagem, impedindo a alta, 28% telefonavam para a equipa

de gestão de altas de forma a acionar os cuidados na comunidade, e 2% informavam o chefe de equipa de enfermagem da situação.



Como comentários e sugestões 5 enfermeiros inquiridos referiram a necessidade de formação na área, na medida em que o presente questionário lhes suscitaram questões que gostariam de ver esclarecidas, de forma a puderem melhorar a sua prática profissional, e essencialmente contribuir para a prevenção da infeção por MRSA.

APÊNDICE XIX:

QUESTIONÁRIO APLICADO À EQUIPA DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DE CUIDADOS
NA COMUNIDADE E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Questionário

Este questionário insere-se no âmbito do estágio do 5º Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa, a decorrer na Unidade de Cuidados Continuados Península Azul em Setúbal, no qual me encontro a desenvolver um projeto intitulado de “Prevenção da Infecção por *Staphylococcus aureus* Meticilino-Resistente (MRSA) na Pessoa Idosa: A parceria como Intervenção de Enfermagem para Promover o Cuidado de Si”.

Os objectivos gerais para este projecto são:

- Desenvolver competências como enfermeira especialista na promoção do cuidado de Si à pessoa idosa hospitalizada com MRSA, utilizando a parceria como intervenção de enfermagem;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar na prevenção e controlo da transmissão da infeção por MRSA na pessoa idosa hospitalizada.

Neste sentido, peço a vossa colaboração no preenchimento deste questionário, com vista a apurar necessidades formativas no âmbito da prevenção e controlo da infeção por MRSA. Este instrumento visa compreender o que os enfermeiros sabem acerca das características do microrganismo, sua colonização ou infeção, intervenções de enfermagem a realizar, seu tratamento e cuidados a prestar aquando a transferência ou alta para a comunidade.

Comprometo-me desde já a garantir a privacidade e a confidencialidade dos dados, em regime de anonimato dos inquiridos.

Enf.^a Verónica Florêncio

Coloque um círculo à volta da resposta que considera correta

A. O *Staphylococcus aureus* Meticilino-Resistente (MRSA) é:

- 5. Um parasita
- 6. Um vírus
- 7. Uma toxina
- 8. Uma bactéria

B. O *Staphylococcus aureus* tem vindo a ganhar resistência aos antimicrobianos. Este facto deve-se a:

- 5. Seleção natural
- 6. Uso inadequado e excessivo de antimicrobianos
- 7. Inadequada manipulação dos antimicrobianos
- 8. Falta de condições sanitárias da população

C. O MRSA:

- 5. Pode colonizar a pele das pessoas, sem causar sintomas
- 6. Pode provocar infeções, sem causar sintomas
- 7. Coloniza apenas as pessoas imunodeprimidas
- 8. Coloniza a pele das pessoas, causando sintomas

D. Os lugares de colonização de MRSA mais frequentes na pessoa idosa são:

- 5. Mucosa nasal e região interdigital
- 6. Região axilar e inguinal
- 7. Mucosa nasal e faríngea
- 8. Mucosa nasal, axilas, faringe, vagina e superfícies cutâneas lesadas

E. Nas precauções de contacto, o equipamento a utilizar no contacto direto com o doente, é:

- 5. Bata ou avental e luvas
- 6. Bata ou avental e luvas e máscara cirúrgica
- 7. Bata ou avental, luvas e máscara cirúrgica se existir risco de salpico de secreções ou fluidos

8. Bata ou avental, luvas e respirador de partículas

F. O tratamento do MRSA passa por:

5. Descolonização das pessoas portadoras mediante a aplicação de pomada nasal de Mupirocina 2% e banho diário com clorhexidina 4% durante 5 dias, repetindo rastreio de imediato
6. Descolonização das pessoas portadoras mediante a aplicação de pomada nasal de Mupirocina 2% e banho diário com clorhexidina 4% durante 5 dias, repetindo rastreio ao 7º dia
7. Descolonização das pessoas portadoras mediante a aplicação de pomada nasal de Mupirocina 2% e banho diário com clorhexidina 4% durante 7 dias, repetindo rastreio de imediato
8. Descolonização das pessoas portadoras mediante antibioterapia específica, como a vancomicina

G. Se a descolonização falhar:

5. Poderá repetir-se o procedimento, nunca de efetuando mais de três cursos de descolonização
6. Fica sob precauções de contacto, tratando-se de um portador de MRSA crónico
7. Poderá repetir-se o procedimento, nunca de efetuando mais de dois cursos de descolonização
8. Poderá repetir-se o procedimento, nunca de efetuando mais de um curso de descolonização

Deixe o seu comentário/sugestão:

Muito obrigada pela sua colaboração

Respostas certas: A-4; B-2; C-1; D-4; E-3; F-2; G-3

ANÁLISE DOS RESULTADOS

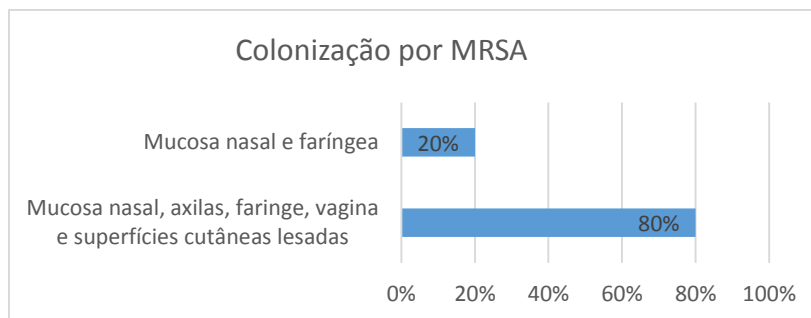
De forma a apurar necessidades formativas dos enfermeiros da Unidade de Cuidados na Comunidade, no que concerne à prevenção e controlo da infeção por *Staphylococcus aureus* Meticilino-Resistente (MRSA), foi aplicado um questionário com o objetivo de compreender o que os profissionais sabem acerca deste microrganismo, sua colonização ou infeção, intervenções a realizar, seu tratamento, e cuidados a prestar aquando a transferência ou alta para a comunidade, de forma a realizar uma ação de formação com base nas necessidades apuradas.

A amostra selecionada foi de 11 enfermeiros, correspondente à totalidade da equipa de enfermagem do SUG. Destes, 1 foi excluído por se encontrar ausente por licença de maternidade, e 3 por recusa em participar. No total preencheram o questionário 7 enfermeiros.

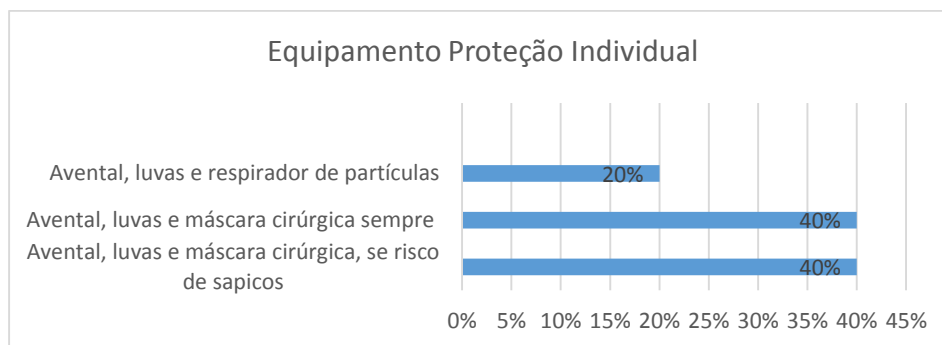
Procedendo ao estudo das respostas obtidas, foi possível depreender a necessidade real de formação na área de forma a melhorar a prestação de cuidados à pessoa colonizada com MRSA no domicílio, prevenindo a sua disseminação.

De seguida, segue a análise dos dados das questões, de forma sistematizada e pormenorizada.

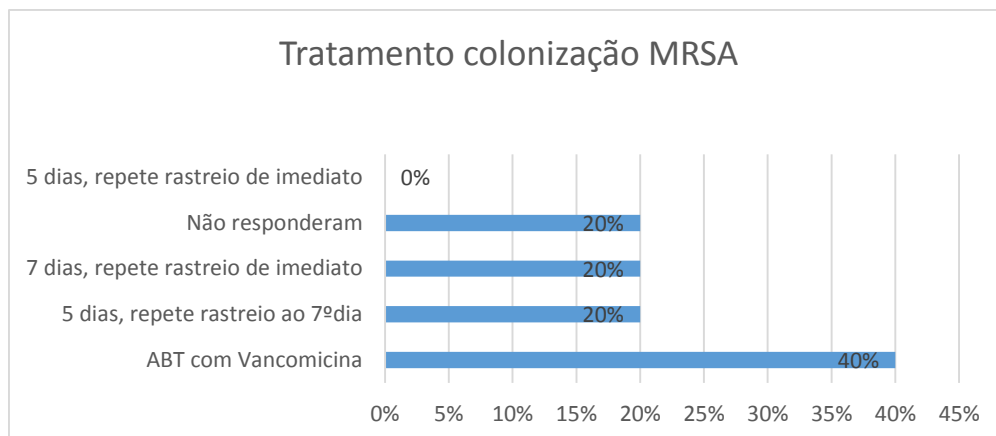
- O.** Quanto há caracterização do MRSA, 100% dos inquiridos responderam de forma correta que é uma bactéria.
- P.** Este agente tem vindo a ganhar resistência aos antimicrobianos, facto que segundo a totalidade (100%) dos enfermeiros inquiridos se deve ao uso inadequado e excessivo dos mesmos, que corresponde à resposta certa.
- Q.** O MRSA pode colonizar a pele das pessoas, sem causar sintomas. Aspeto defendido por 80% dos profissionais, embora 20% considere de forma errada que poderá existir infeção, sem sintomatologia.
- R.** Os lugares de colonização são a mucosa nasal, axilas, faringe, vagina e superfícies cutâneas lesados, tendo 80% dos inquiridos respondido de forma correta. Os restantes 20% consideraram apenas, de modo incompleto, a mucosa nasal e faríngea.



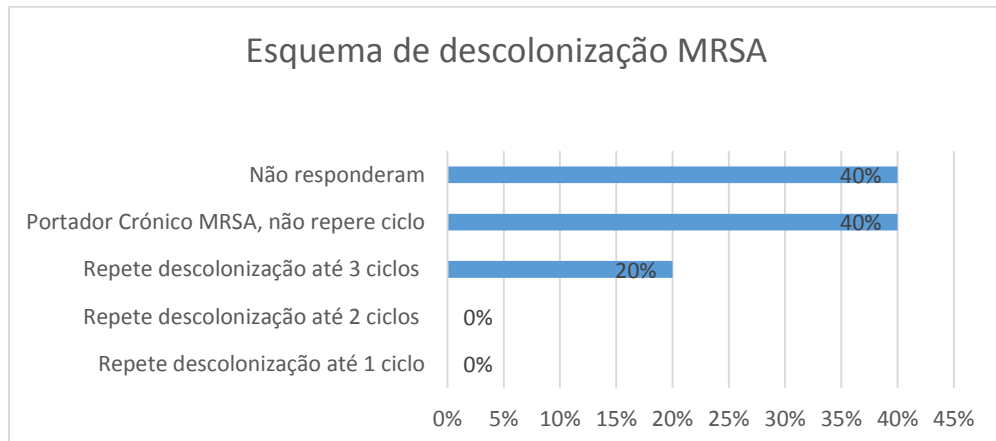
S. Nas precauções de contacto, o equipamento a utilizar no contacto direto com o doente, é bata ou avental, luvas e máscara cirúrgica se existir risco de salpico de secreções ou fluido. Acertaram a esta questão 40% dos enfermeiros e erraram 60%. Destes últimos, 40% defenderam o uso universal de máscara cirúrgica, e 20% optaram pela utilização de respirador de partículas.



T. Quanto ao tratamento do MRSA, 20% dos profissionais acertaram à questão, passando pela descolonização das pessoas portadoras mediante a aplicação de pomada nasal de Mupirocina 2% e banho diário com clorhexidina 4% durante 5 dias, repetindo rastreio ao 7º dia. Dos restantes profissionais inquiridos (80%), que erraram à questão, 20% consideraram que o tratamento são 7 dias, e 20% não responderam e 40% defendem o uso de antibioterapia específica, vancomicina.



U. Se a descolonização falhar, poderá repetir-se o procedimento, nunca se efetuando mais de dois cursos de descolonização. Nesta questão nenhum dos enfermeiros inquiridos acertaram. Destes, 20% responderam que se poderia efetuar até três ciclos de descolonização, e 40 %, a maioria, consideraram que se trataria de um portador crónico de MRSA, com necessidade de isolamento de contacto até à alta hospitalar. Nesta questão 40% dos profissionais não responderam.



APÊNDICE XX:

**GRELHAS DE AUDITORIA ÀS PRÁTICAS DA EQUIPA DE ENFERMAGEM, MÉDICA E
DE ASSISTENTES OPERACIONAIS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E ANÁLISE DOS
RESULTADOS**

GRELHAS DE AUDITORIA ÀS PRÁTICAS DA EQUIPA DE ENFERMAGEM, MÉDICA E DE ASSISTENTES OPERACIONAIS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

▪ Cálculo do índice de qualidade por cada padrão

Cada padrão é composto por um conjunto de critérios (Cada critério corresponde a uma questão acerca do mesmo assunto).

Cada critério tem três hipóteses de resposta:

-Sim;

-Não;

-Não se aplica (NA).

A resposta sim tem uma avaliação (score) de 1 ponto.

A resposta não tem uma avaliação (score) de 0 pontos.

Para obter o número de respostas aplicáveis, subtrai-se o número de respostas não aplicáveis do número de critérios avaliados.

Divide-se o número de respostas sim pelo total de respostas aplicáveis e multiplica-se por 100 para obter o valor percentual que corresponde ao índice de qualidade obtido em cada padrão.

▪ Fórmula para o cálculo do índice de qualidade (IQ) de cada padrão

$$x = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } \dots \%$$

AUDITORIA ÀS PRÁTICAS DE ISOLAMENTO DE CONTACTO A MRSA – GRELHA DE OBSERVAÇÃO

Centro Hospitalar de Setúbal - Serviço de Urgência Geral

Data: ____/____/____

Grupo Profissional: _____

Observações		1			2			3			4			5			6			7			8			9			10		
PADRÃO 1 – COLOCAÇÃO DE DOENTES E IDENTIFICAÇÃO		S	N	N A	S	N	N A	S	N	N A	S	N	N A	S	N	N A	S	N	N A	S	N	N A	S	N	N A	S	N	N A			
1	Está colocado um cartaz de aviso de isolamento de contacto à entrada do quarto/sala do doente																														
2	Estão disponíveis luvas, batas/aventais descartáveis, e máscara cirúrgica no exterior da área de isolamento																														
3	Existe solução alcoólica à entrada da área de isolamento																														
4	Existe solução alcoólica à saída da área de isolamento																														

Legenda: S – Sim; N – Não; NA – Não aplicável

Observações		1			2			3			4			5			6			7			8			9			10		
PADRÃO 2 – PRECAUÇÕES DE CONTACTO		S	N	N A	S	N	N A	S	N	N A	S	N	N A	S	N	N A	S	N	N A	S	N	N A	S	N	N A	S	N	N A			
1	Uso de luvas, adequadas ao utilizador e ao procedimento a que se destinam, no contacto direto com o doente																														
2	Uso de bata ou avental no contacto direto com o doente e/ou sua unidade																														
3	Foi utilizada máscara cirúrgica, aquando existência de risco de salpicos de secreções ou fluidos																														
4	O EPI foi retirado dentro do quarto de isolamento ou zona de coorte																														
5	O EPI foi retirado pela ordem adequada																														
6	Higienização das mãos após retirada do EPI																														

Legenda: S – Sim; N – Não; NA – Não aplicável

AUDITORIA À UTILIZAÇÃO DO EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) – GRELHA DE OBSERVAÇÃO PBCI

Centro Hospitalar de Setúbal - Serviço de Urgência Geral

Data: ____/____/____

Grupo Profissional: _____

Observações		1			2			3			4			5			6			7			8			9			10		
PADRÃO 1 – UTILIZAÇÃO DE LUVAS		S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA
1	Indicação para o uso																														
2	Higienização das mãos antes da colocação das luvas																														
3	Colocar luvas imediatamente antes do procedimento																														
4	Não contaminação do ambiente inanimado																														
5	Mudança de luvas entre doentes																														
6	Higienização das mãos após retirada das luvas																														

Legenda: S – Sim; N – Não; NA – Não aplicável

Observações	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

PADRÃO 2 – UTILIZAÇÃO DE AVENTAL/BATA		S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA
1	Indicação para uso																								
2	Colocação do avental/bata imediatamente antes do procedimento																								
3	Não contaminação do ambiente inanimado																								
4	Mudou de avental/bata entre doentes																								
5	Higienização das mãos após retirada do avental/luvas																								

Observações		1			2			3			4			5			6			7			8			9			10		
PADRÃO 3– UTILIZAÇÃO DE MÁSCARA CIRÚRGICA		S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA
1	Indicação para uso																														

Legenda: S – Sim; N – Não; NA – Não aplicável

ADESÃO À UTILIZAÇÃO DE AVENTAL/BATA

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

Observações	Enfermeiros		Médicos		Assistentes Operacionais		UTILIZAÇÃO	
	Com indicação para uso	Sem indicação para uso	Com indicação para uso	Sem indicação para uso	Com indicação para uso	Sem indicação para uso	Sim	Não
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Número de vezes que usou _____ x 100 = (IQ)

Total de respostas sim com indicação para uso

APÊNDICE XXI:

FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO EM CASO DE SUSPEITA DE COLONIZAÇÃO OU
INFEÇÃO POR MRSA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

FLUXOGRAMA INTERVENÇÃO – PROTOCOLO MRSA NO SU

Presença de um ou mais critérios admissão SU:

Idosos residentes em lar ou em instituições de cuidados continuados
História de internamento ou sob regime de antibioterapia nos últimos 6 meses
Portador de Insuficiência Renal Crónica sob Hemodiálise
Portador de feridas crónica ou/e dispositivos invasivos na comunidade
Transferência inter-hospitalar, com estadia na anterior unidade hospitalar superior a 48h
História de colonização prévia com MRSA

Zaragatoa:

1º Nasal – ambas as narinas
2º Ferida cutânea (se existir)

ISOLAMENTO DE CONTACTO ATÉ À SAÍDA DO RESULTADO

Quarto individual ou em Coorte (quando possível)

Sinalizar com cartaz alerta quarto isolamento

Positivo

Negativo

5 Dias de Tratamento

- Manter isolamento;
- Descolonização com pomada de Mupirocina 2% (2 narinas) – 3xdia;
- Banho diário com sabão líquido seguido de aplicação de Clorhexidina 2%;
- Mudança diária de roupa do doente e da cama
- Restringir deslocações do doente.

Sai do Isolamento

Follow-up:

- Zaragatoa após uma semana;
- Zaragatoa após 2 semanas

Negativo

Repetir descolonização

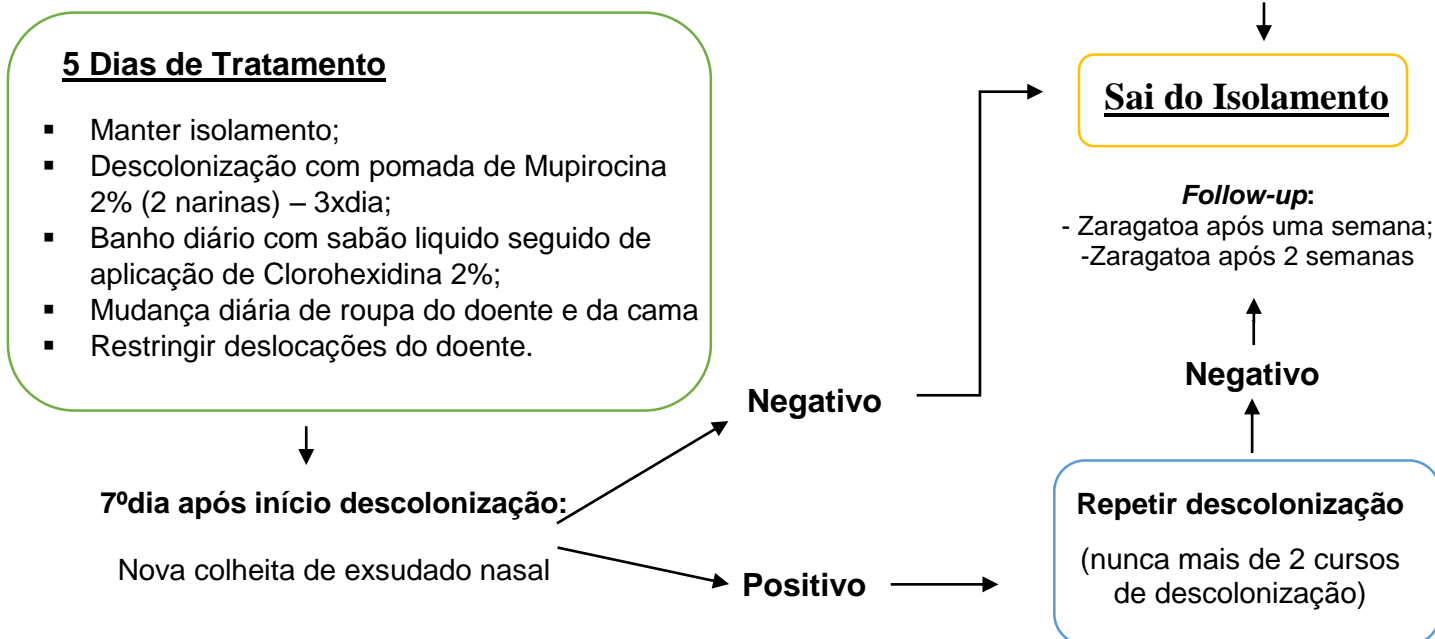
(nunca mais de 2 cursos de descolonização)

7ºdia após início descolonização:

Nova colheita de exsudado nasal

Negativo

Positivo



APÊNDICE XXII:

FOLHA DE REGISTO DE ENFERMAGEM DA ATIVAÇÃO DO PROTOCOLO DE
VIGILÂNCIA ATIVA A **MRSA** NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Vinheta de Identificação
do Doente

Folha de Controlo para Pesquisa de Portadores de MRSA

Dia de internamento em SO: _____

1. FATORES DE RISCO (colocar uma cruz nos existentes):

Presença de um ou mais critérios admissão SU	
Idosos residentes em lar ou em instituições de cuidados continuados	
História de internamento ou sob regime de antibioterapia nos últimos 6 meses	
Portador de Insuficiência Renal Crónica sob hemodiálise	
Portador de feridas crónica ou/e dispositivos invasivos na comunidade	
Transferência inter-hospitalar, com estadia na anterior unidade hospitalar superior a 48h	
História de colonização prévia com MRSA	

2. EXSUDADO NASAL:

Data da colheita do exsudado nasal: _____

Data e resultado do exsudado nasal: _____

Identificação do profissional que realizou: _____

3. DESCONTAMINAÇÃO (se doente colonizado):

Data início da descolonização nasal/cutânea: _____

Data início do isolamento de contacto: _____

Data último dia da descolonização nasal/cutânea: _____

Data colheita de 2º exsudado nasal (apos terminar tratamento): _____

4. ALTA/TRANSFERENCIA:

Data da alta/transferência do doente: _____

Serviço para o onde o doente foi transferido: _____

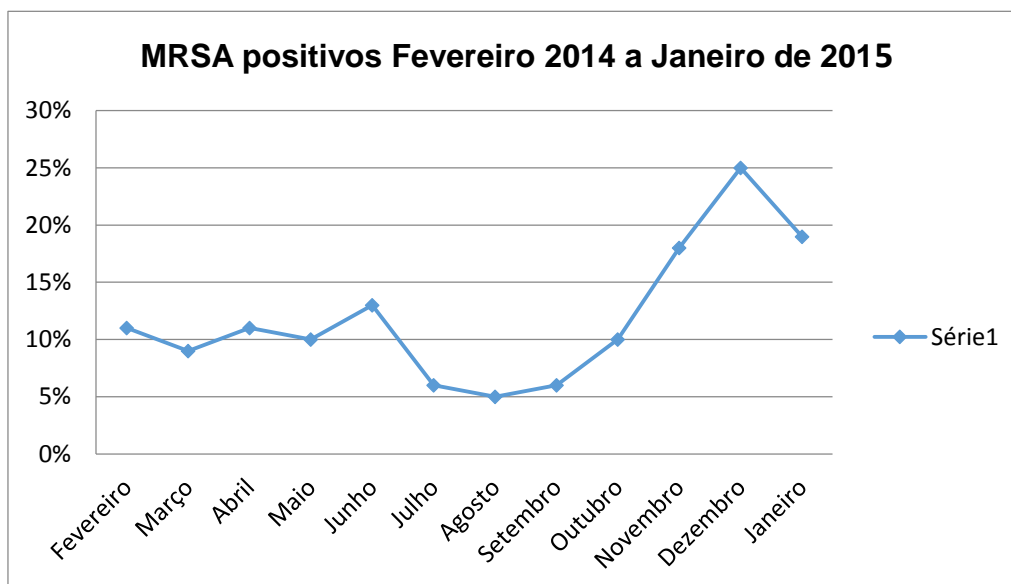
Identificação do profissional responsável pela notificação ao CCI, em caso de transferência inter-hospitalar ou a alta para a comunidade: _____

APÊNDICE XXIII:

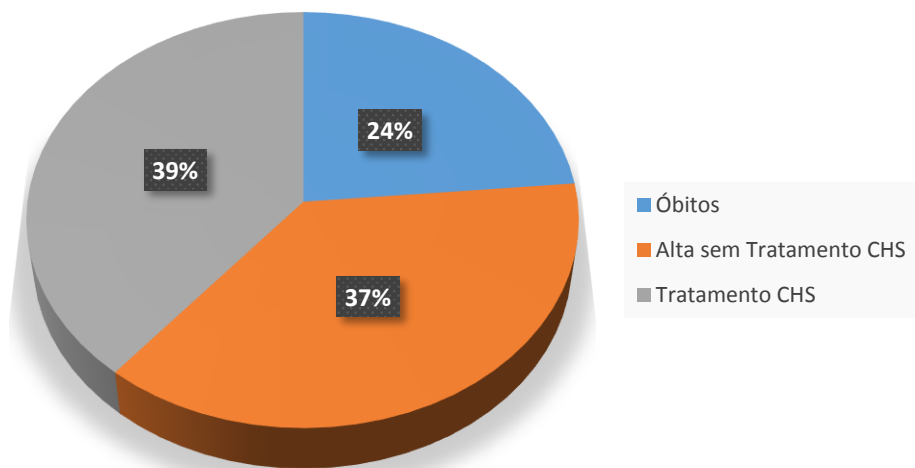
RESULTADOS DO RASTREIO DE VIGILÂNCIA ATIVA A MRSA NO SERVIÇO DE
URGÊNCIA

RESULTADOS RASTREIO DE VIGILÂNCIA ATIVA A MRSA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

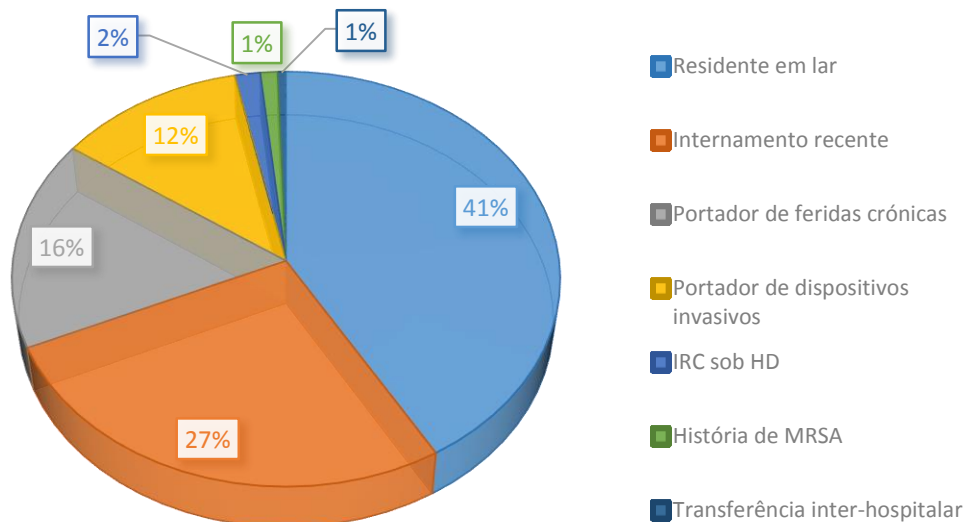
Positivos Meses 2014/2015	
Fevereiro	11%
Março	9%
Abril	11%
Mai	10%
Junho	13%
Julho	6%
Agosto	5%
Setembro	6%
Outubro	10%
Novembro	18%
Dezembro	25%
Janeiro	19%



Destino Doentes Fevereiro 2014 a Janeiro 2015



**Fatores de Risco
Casos positivos no SU**



APÊNDICE XXIV:

APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO - EQUIPA DE ENFERMAGEM DO
SERVIÇO DE URGÊNCIA

APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE URGÊNCIA



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
5º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica -Vertente Pessoa Idosa

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Orientação:
Profª. Dra. Idalina Gomes

Docentes:
Ana Filipa Duarte, N.º 5304
Vera Oliveira, N.º 5369
Verónica Pinheiro, N.º 5509

RESUMO MÍNIMO DE DADOS

ÍNDICE

1. Avaliação Multidimensional da pessoa idosa no SUG: Conhecer a Pessoa Idosa
2. A parceria como intervenção de enfermagem
3. Avaliação inicial: Resumo Mínimo de Dados – Revisão da Literatura
4. Avaliação inicial no Serviço de Urgência Geral: Resumo Mínimo de Dados

INTRODUÇÃO

- As alterações demográficas atuais refletem-se no recurso acentuado da população idosa aos Serviços de Urgência (SU).
- Representam a maioria das situações de emergência, resultando em internamento ou readmissões nos SU.
- O atendimento da Pessoa Idosa (PI) no SU pode ser complexo, demorado e requer competências específicas.
- A PI possui co morbilidades e declínio funcional, resultando num estado de fragilidade o que pode contribuir para a obtenção de maus resultados de saúde e uma necessidade de cuidados elevada.
- A identificação precoce da PI em situações de risco pode ser benéfica para o direccionamento de cuidados especializados, recorrendo para tal a escalas de avaliação.

Dawood, M., Dobson, A. & Banerjee, J. (2011). Treatment of older people in emergency departments. *Emergency Nurse*, 19 (7), 18-19.
Ellis, G., Marshall, T. & Ritchie, C. (2014). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 2033-2043.

1. AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NO SU

CONHECER A PESSOA IDOSA



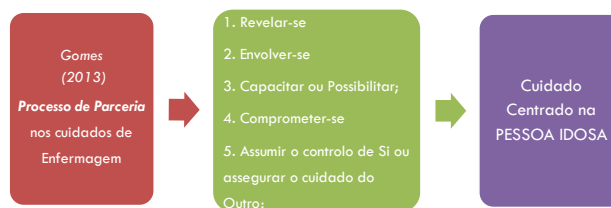
PLANO DE CUIDADOS ADEQUADO ÀS REAIS NECESSIDADES

CUIDADO CENTRADO NA PESSOA IDOSA

MODELO DE INTERVENÇÃO EM PARCERIA (GOMES, 2013)

UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS / OBSERVAÇÃO E ENTREVISTA

2. A PARCERIA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM



Gomes, I. G. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática 77-110. Loures: Lusociência.

3. RESUMO MINIMO DE DADOS

AVALIAÇÃO INICIAL – Revisão da Literatura

- ❑ Avaliar comprometimento funcional e cognitivo como forma de prever eventos clínicos e prevenir readmissões
- ❑ Presença de doenças crónicas que afetam o estado geral
- ❑ Conhecer a medicação habitual investindo na educação para a autogestão da doença e na articulação com os profissionais de saúde na comunidade.
- ❑ Formação e educação dos profissionais de saúde da urgência para o uso de instrumentos de avaliação específicos para a pessoa idosa
- ❑ Os enfermeiros devem avaliar os sinais vitais, incluindo a dor.
- ❑ Na colheita de dados inicial ao SUG deve-se avaliar a proveniência da pessoa idosa, as alterações próprias da idade, co-morbilidades, risco de queda, medicação habitual, identificação do cuidador principal.

Legrain, S., Tubach, F., Bonnet-Zamponi, D., Lemoine, A., Aquino, J., Pallaud, E.,... Lacaille, S. (2011) A New Multimodal Geriatric Discharge-Planning Intervention to Prevent Emergency visits and rehospitalizations of older adults: The Optimization of Medication in AGed Multicenter Randomized Controlled Trial. The American Geriatrics Society. 59(11),2017-2028.

Devos, A., Dabon, A., & Barreir, J. (2011) Treatment of older people in emergency departments. Emergency Nurse. 19(7),18-19.

Ellis, G., Marshall, T. & Ritchie, C. (2014). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. Clinical Interventions in Aging. 9, 2033-2043.

Vaillente, N., Demers, L., Dutil, E. & McCusker, J. (2009) Item analysis of the functional status assessment of seniors in the emergency department. Disability and Rehabilitation. 31(7). 565-572.

3. RESUMO MINIMO DE DADOS

AValiação INICIAL NO SERVIÇO DE URgência GERAL

- ❑ Identificação
- ❑ Proveniência (cuidador)
- ❑ Hábitos e estilos de vida
- ❑ Antecedentes Pessoais (história de internamentos anteriores)
- ❑ Motivo de vinda ao SUG e história de doença atual
- ❑ Medicação habitual / instituída recentemente
- ❑ Exame físico (sinais e sintomas apresentados, sinais vitais, portador de dispositivos invasivos, integridade cutânea, estado de higiene, sinais de maus tratos)

4. RESUMO MINIMO DE DADOS

AValiação INICIAL NO SERVIÇO DE URgência GERAL

Avaliação cognitiva	• Escala de Coma de Glasgow • MiniMental State
Avaliação da capacidade funcional	• Índice de Barthel
Avaliação Nutricional	• Mini Nutricional Assessment
Risco de Queda	• Escala de Morse
Risco de Úlcera por Pressão	• Escala de Braden
Avaliação do Risco de Infecção	• Protocolo Sepsis e MRSA SUG

Dawood, M., Dobson, A. & Banerjee, J. (2011). Treatment of older people in emergency departments. *Emergency Nurse*. 19 (7), 18-19.
Ellis, G., Marshal, T. & Ritchie, C. (2014). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clinical Interventions in Aging*. 9, 2033-2043.

CONCLUSÃO

- ❑ Cuidados específicos à PI podem reduzir o tempo de permanência ou de readmissão no SU.
- ❑ Importância de SU adequados às exigências da população idosa que promovam a sua segurança, tornando-os centro da prestação de cuidados.
- ❑ No SUG a melhoria da prestação de cuidados à PI pode passar por uma colheita de dados específica em folha de registo própria.

Dawood, M., Dobson, A. & Banerjee, J. (2011). Treatment of older people in emergency departments. *Emergency Nurse*. 19 (7), 18-19.
Ellis, G., Marshal, T. & Ritchie, C. (2014). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clinical Interventions in Aging*. 9, 2033-2043.
Nolan, M. R. (2009). Older patients in the emergency department. *Journal of gerontological nursing*. 25 (12), 14-18.

PROJETO
Serviço de Urgência Geral

A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO POR MRSA NA PESSOA IDOSA
A PARCERIA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM



Orientação:

Prof.ª. Dra. Idalina Gomes

Enf.ª Inês Raposo

Enf.ª Verónica Florêncio

Janeiro de 2015

ÍNDICE

1. Epidemiologia da Infecção
2. MRSA (*Staphylococcus aureus* Meticilino Resistente)
3. Problemática/Justificação do Estudo
4. Resultados da Revisão Sistemática da Literatura (RSL)
5. Projeto Serviço Urgência Geral
6. Resultados do Questionário Aplicado
7. Intervenções de Enfermagem
8. Resultado das Observações
9. Implicações para a prática

INTRODUÇÃO

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) constituem um desafio à segurança dos clientes e qualidade dos cuidados, e são causa de morbilidade e mortalidade nos idosos.

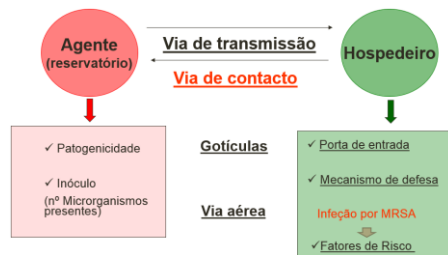
Os idosos apresentam uma taxa de 13,8% de IACS e de 56,6% de consumo de antimicrobianos, com fortes implicações económicas e sociais (DGS, 2013a; DGS, 2013b; ECDC, 2013a).

O MRSA é uma importante causa de IACS em todo o mundo e nos idosos, constituindo um grave problema de saúde pública (ECDC, 2013b).

1.EPIDEMIOLOGIA DA INFEÇÃO

Definições:

- ✓ **Contaminação** – presença de microrganismos de forma transitória.
- ✓ **Colonização** – presença e multiplicação de microrganismos nos tecidos do hospedeiro sem causar resposta clínica ou imunológica.
- ✓ **Infeção** – multiplicação dos microrganismos nos tecidos do hospedeiro provocando manifestações clínicas ou subclínicas.



MRSA - *Staphylococcus aureus* metililino-resistente

(Peres, 2007)

2.MRSA (*STAPHYLOCOCCUS AUREUS* METICILINO-RESISTENTE)

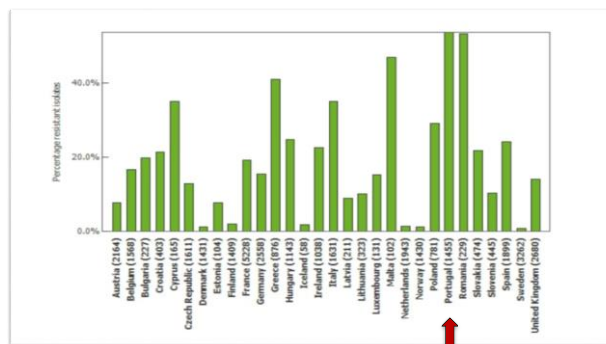
- Coco Gram positivo
- A maioria das pessoas que adquire MRSA está somente colonizada (30%), mas cerca de 1/3 desenvolve infeção.
- Os locais de colonização incluem o nariz, garganta, axilas, períneo, lesões na pele, e trato urinário.
- A colonização é geralmente prolongada, podendo durar meses ou mesmo anos se se mantiverem os fatores de risco.
- Transmite-se por contacto. Contamina o ambiente devido à constante descamação da pele. Pode sobreviver no ambiente vários meses. As mãos dos profissionais de saúde é o principal veículo de transmissão.



MRSA - *Staphylococcus aureus* metililino-resistente

(Peres, 2007)

3.PROBLEMÁTICA/JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO



PERCENTAGEM DE MRSA NA EUROPA 2012

MRSA - *Staphylococcus aureus* metililino-resistente
ECDC – European Centren for Disease Prevention and Control

Portugal
É um dos 8 países num total de 28 estudados com uma taxa de MRSA superior a 25% (ECDC, 2013)

3.PROBLEMÁTICA/JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

DGS 2013

Programa de Saúde Prioritário

Programa de prevenção e controlo de
infecções e de resistência aos
antimicrobianos.

Problemática da PESSOA
IDOSA

Grupos Etários	Distribuição Etária	Infecção Hospitalar			Uso de Antimicrobianos		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%
< 1 ano	5,3%	52	5,4%	(4,1%;7%)	192	19,9%	(17,4%;22,6%)
1-4 anos	1,1%	8	4,0%	(1,7%;7,7%)	107	53,5%	(46,3%;60,6%)
5-14 anos	1,5%	11	4,0%	(2%;7,1%)	135	49,6%	(43,5%;55,7%)
15-24 anos	3,2%	34	5,8%	(4,1%;8,1%)	214	36,8%	(32,8%;40,8%)
25-34 anos	5,9%	48	4,5%	(3,3%;5,9%)	370	34,5%	(31,6%;37,4%)
35-44 anos	7,8%	86	6,1%	(4,9%;7,4%)	575	40,5%	(38%;43,1%)
45-54 anos	10,1%	174	9,5%	(8,2%;10,9%)	815	44,3%	(42,1%;46,6%)
55-64 anos	13,6%	293	11,8%	(10,6%;13,2%)	1102	44,5%	(42,6%;46,5%)
65-74 anos	18,3%	420	12,6%	(11,5%;13,8%)	1564	47,0%	(45,3%;48,7%)
75-84 anos	22,8%	531	12,8%	(11,8%;13,9%)	2083	50,2%	(49,7%;51,7%)
85 ou > 90 anos	10,3%	358	13,8%	(12,7%;15,4%)	1060	56,6%	(54,3%;58,8%)
Total		18199	19,2%	(10,2%;11,1%)	8244	45,4%	(44,6%;46,1%)

*n=102 hospitais; não inclui o hospital que fez a versão light
Fonte: "Prevalência de Infecção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses", Inquérito 2012, Direção-Geral de Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde
Disponível em www.dgs.pt

DGS – Direção Geral de Saúde
IH – Infecção Hospitalar
AM – Antimicrobianos

3.PROBLEMÁTICA/JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

2013

• Portugal apresenta uma taxa de incidência de MRSA de 53,8%, uma das
mais elevadas da Europa.

(ECDC, 2013b)

2013

• Norma da DGS Precauções Básicas do Controlo de Infecção

(DGS, 2013)

MRSA – *Staphylococcus aureus* metilicilina-resistente
ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

3.PROBLEMÁTICA/JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Precauções Básicas do Controlo de Infecção

*Ao compreender as estratégias preventivas (higienização das mãos
e isolamento de contato), os enfermeiros podem diminuir a taxa de
mortalidade e os custos de saúde (Upshaw & Bailey, 2012).

“Não há doentes de risco, mas sim procedimentos de risco”

1. Colocação de doentes
2. Higienização das mãos
3. Utilização de EPI
4. Etiqueta Respiratória
5. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis
6. Descontaminação do equipamento clínico
7. Controlo Ambiental
8. Manuseamento Seguro da Roupa
9. Recolha segura de resíduos
10. Exposição a agentes microbianos no local de trabalho

(DGS, 2013)



3. PROBLEMÁTICA/JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

2014

- A **Fundação Calouste Gulbenkian** emitiu um relatório onde traça como desafio urgente em saúde:
- Diminuir 1/2 infeções hospitalares, poupando 280 milhões de euros cada ano, segundo estimativas do Ministério da Saúde. (Crisp et al, 2014)

2014

- Norma da Direção Geral de Saúde a 09 de Dezembro de 2014



(DGS, 2014)

4. RESULTADOS DA RSL

É importante a adoção de uma **vigilância ativa** no Serviço de Urgência, de modo a identificar precocemente os portadores, através de um rastreio hospitalar.

(Eveillard et al, 2006)

Os programas de rastreio e o tratamento de descolonização precoce deverão fazer parte de uma **estratégia multifacetada**, a par com **medidas de prevenção básicas e de contato**, para garantir a sua eficácia.

(Upshave-Owens & Bailey, 2012)

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO POR MRSA NA PESSOA IDOSA

Há evidência científica que a colonização por MRSA está associada a subsequente infeção (Ridgway et al (2013).

O **rastreio** baseado em **fatores de risco** pode ser utilizado para diagnosticar colonização por MRSA na admissão, prevenindo a disseminação do microrganismo.

(Torres & Sampathkumar, 2013)

É importante **informar os doentes**, promovendo o seu **empowerment** e capacitação.

(Duncan & Dealey, 2007)

De forma a prevenir **eventos adversos** não infecciosos, como a ansiedade e depressão.

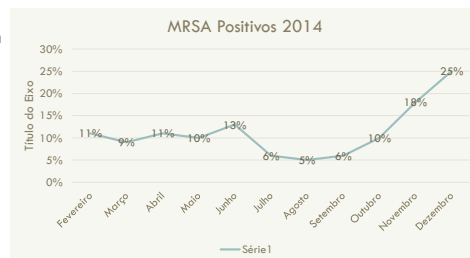
(Morgan et al, 2009)

5. PROJETO SERVIÇO URGÊNCIA GERAL

A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO POR MRSA NA PESSOA IDOSA: A PARCERIA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

• Objetivos:

1. Desenvolver competências como enfermeira especialista na promoção do cuidado de Si à pessoa idosa hospitalizada com MRSA, utilizando a parceria como intervenção de enfermagem.
2. Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar na prevenção e controlo da transmissão da infeção por MRSA na pessoa idosa hospitalizada.

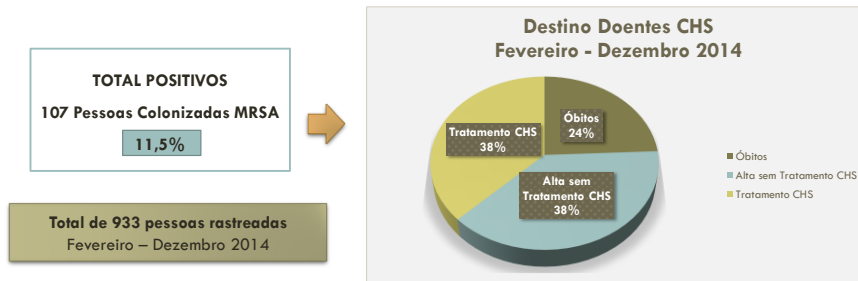


Do total de zaragatoas realizadas no SUG

MRSA - Staphylococcus aureus metilicilina-resistente

5. PROJETO SERVIÇO URGÊNCIA GERAL

A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO POR MRSA NA PESSOA IDOSA: A PARCERIA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM



MRSA - *Staphylococcus aureus* metilino-resistente
CHS – Centro Hospitalar de Setúbal

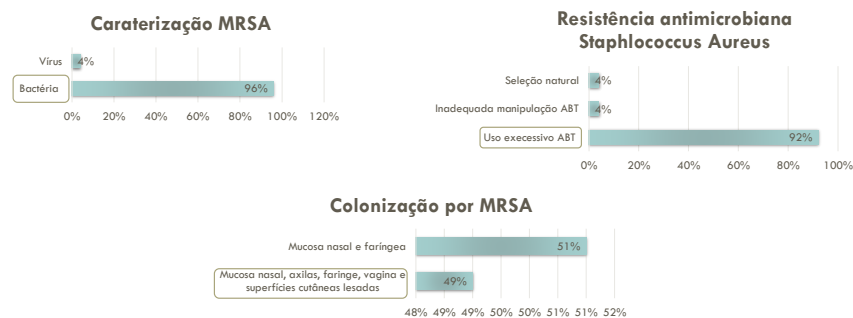
5. PROJETO SERVIÇO URGÊNCIA GERAL

A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO POR MRSA NA PESSOA IDOSA: A PARCERIA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

- **No Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal:**
 - Aumento da vulnerabilidade da pessoa idosa associado ao seu processo de doença;
 - Existência de pessoas colonizadas com MRSA;
 - Elevada ansiedade e insegurança da pessoa idosa e sua família face ao diagnóstico de colonização/infecção por MRSA e ao isolamento de contato necessário.
 - Existência de pessoas colonizadas com MRSA que já obtiveram alta clínica para o seu domicílio, sem terem realizado descolonização no CHS;
 - Ausência de um planeamento de alta e de uma articulação com os cuidados primários.

MRSA - *Staphylococcus aureus* metilino-resistente

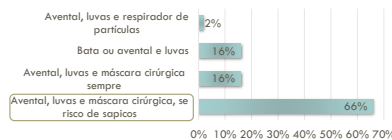
6.RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO APLICADO



MRSA - *Staphylococcus aureus* metilino-resistente

6.RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO APLICADO

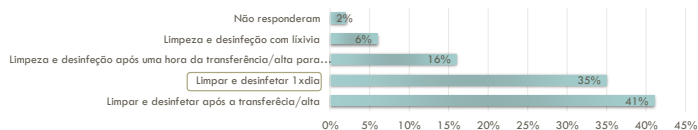
Equipamento Proteção Individual



Deslocações do doente com MRSA



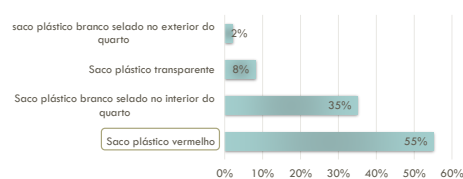
Limpeza e desinfecção da unidade do doente com MRSA



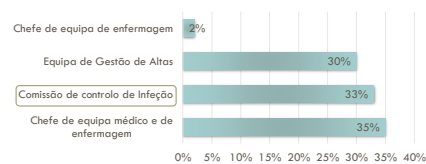
MRSA - *Staphylococcus aureus* metilicilina-resistente

6.RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO APLICADO

Circuito da roupa do doente com MRSA



Alta do doente com MRSA



MRSA - *Staphylococcus aureus* metilicilina-resistente

7.INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

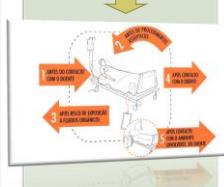
Cuidado à Pessoa com MRSA:

Isolamento de Contato

- Quarto individual ou em coorte.
- Em local afastado dos locais de passagem.
- Afastados de doentes com fatores de risco.

Higienização das Mãos

- Solução antisséptica de base alcoólica.



EPI

- Máscara cirúrgica se risco de salpicos.
- Avental ou bata.
- Luvas, com remoção imediatamente após o procedimento.
- Higienização das mãos posterior.

Higiene do Doente

- Último doente.
- A roupa deve ser manipulada com cuidado e contida num saco vermelho.
- Materiais individualizados.

7. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

• Cuidado à Pessoa com MRSA:

Limpeza e Desinfecção Unidade	Transporte do Doente	Visitas
<ul style="list-style-type: none"> • Diária • Atenção às superfícies de toque frequente: manípulos das portas, interruptores, puxadores, suportes de soro, grades da cama, torneiras, sanitários. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contatar o serviço a que se desloca. • Últimos a realizar exames. • Mudança da roupa cama • Descontaminação posterior do equipamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar ensino às visitas. • Deverão usar EPI. • Estimular a higienização das mãos antes e após o contato • Não contactar diretamente com os outros doentes.

8. RESULTADO DAS OBSERVAÇÕES

MOMENTOS DESCURADOS – A MELHORAR



9. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

• Atividades Desenvolvidas/em Desenvolvimento no SUG:

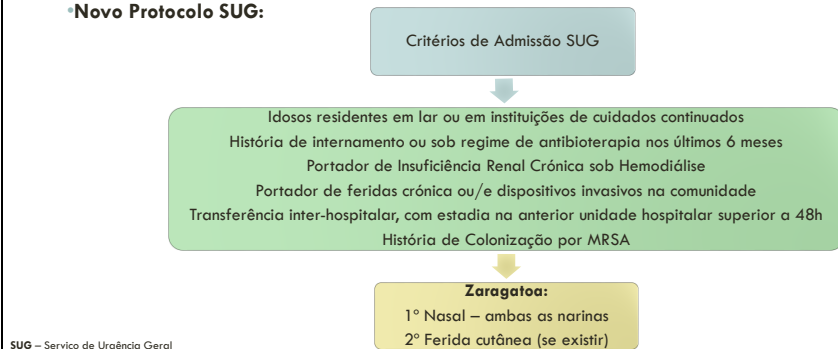
- ✓ Formação equipa enfermagem;
- ✓ Melhoria dos equipamentos e limpeza SUG – Solução alcoólica de bolso e em cada unidade do doente, sinalização áreas de risco para limpeza frequente, afixação cartazes;
- ✓ Proposta entrada na campanha das mãos CHS 2015;
- ✓ Realização folheto informativo;
- ✓ Início construção dossier de apoio/divulgação documentos pasta pública;
- ✓ Revisão protocolo MRSA.



MRSA - Staphylococcus aureus metilino-resistente
SUG - Serviço de Urgência Geral
CHS - Centro Hospitalar de Setúbal

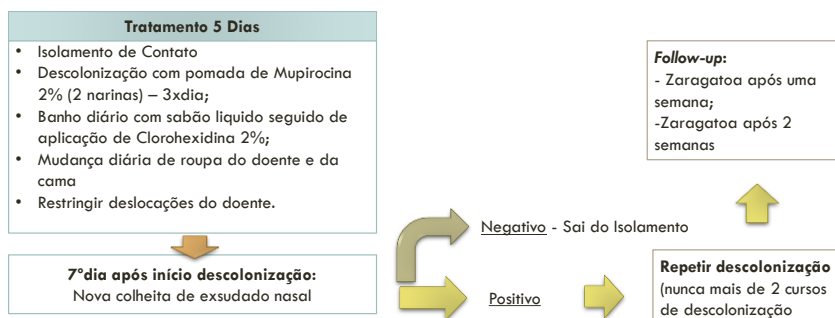
9. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

• Novo Protocolo SUG:



9. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

• Novo Protocolo SUG:



9. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

• Novo Protocolo SUG:

Folha de Registo no Dossier
Admissão em SO



Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

Serviço de Urgência Geral

Folha de Controlo para Pesquisa de Portadores de MRSA

Data de internamento em SO: _____

FACTORES DE RISCO (colocar uma cruz nos existentes):

Presença de um ou mais critérios admitidos SUG	
Idosos residentes em lar ou em instituições de cuidados continuados	
História de internamento ou sob regime de antibioterapia nos últimos 6 meses	
Portador de Insuficiência Renal Crónica sob hemodiálise	
Portador de feridas crónicas ou/e dispositivos invasivos na comunidade	
Transferência inter-hospitalar, com estadia na anterior unidade hospitalar superior a 48h	
História de colonização prévia com MRSA	

2. EXUDADO NASAL:

Data da colheita do exsudado nasal: _____

Data e resultado do exsudado nasal: _____

Identificação do profissional que realizou: _____

3. DESCONTAMINAÇÃO (se doente colonizado):

Data início da descolização nasal/cutânea: _____

Data início do isolamento de contacto: _____

Data última dia da descolização nasal/cutânea: _____

Data colheita de 2º exsudado nasal (após terminar tratamento): _____

4. ALTA/TRANSFERÊNCIA:

Data da alta/transferência do doente: _____

Serviço para o qual o doente foi transferido: _____

Identificação do profissional responsável pela notificação ao CCI, em caso de transferência inter-hospitalar ou a alta para a comunidade: _____

SO – Serviço de Observação

Quais os cuidados a ter aquando a Alta?

- Lave as mãos com frequência (depois de ir casa de banho e antes das refeições);
- Cumpra a prescrição médica (tomar os antibióticos até ao fim);
- As pessoas que residem consigo ou que ajudam a cuidar de si devem lavar as mãos com frequência, especialmente antes e após os cuidados;
- Cuidados de higiene diários;
- Manter os espaços limpos;
- Evite partilhar objetos de uso pessoal, como toalhas, cobertores, lâminas;
- Lave e seque as roupas pessoais e da cama na temperatura mais alta recomendada nas etiquetas;
- Informe todos profissionais de saúde que teve MRSA, sempre que consultar de serviços de saúde.

Higienizar as mãos antes e depois do contato com a pessoa com MRSA é uma medida simples mas muito importante para a proteção e segurança de toda a família.



ESELO 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Elaborado por: Verónica Florêncio

Orientado por: Prof.ª D.ª Idalina Gomes
Ent.ª Inês Raposo

MRSA

Staphylococcus aureus
Meticilino-Resistente



O QUE DEVE SABER

MRSA

Staphylococcus Aureus Meticilino-Resistente

O que é?

O *Staphylococcus Aureus* é uma bactéria que coloniza a pele e mucosas de cerca de 30% das pessoas saudáveis (mucosa nasal, genital, virilhas e axilas) não desenvolvendo infeção.

Contudo, poderá haver situações em que pode causar infeções graves, de feridas ou sanguíneas e pulmonares. Os sintomas dependerão do tipo de infeção.

Quem está em maior risco?

- Idosos residentes em lares
- Internamento ou toma de antibióticos nos últimos 6 meses
- História prévia de colonização com MRSA
- Insuficiências Renais Crónicas sob Hemodíalise
- Pessoas com feridas crónicas e/ou algalias, sondas para alimentação, e sacos de colostomia.

Como se transmite?

As bactérias MRSA transmitem-se através do contacto com uma pessoa colonizada ou infetada pelas mesmas, ou com objetos e superfícies (cama, roupa, mesas, grades da cama) que alguém com a bactéria tenha tocado.



Pessoas colonizadas tornam-se potenciais transmissores da bactéria para outras pessoas.

Como se trata?

Se estiver apenas colonizado com MRSA, é necessário eliminar esta bactéria da sua pele. O tratamento consiste na aplicação de pomada nasal de Mupirocina (de acordo com indicação médica) e do uso de um gel de Clorexidina para a lavagem corporal e do cabelo, durante 5 dias.

Em caso de infeção será necessária a toma de antibióterapia eficaz, prescrita pelo médico.

O que deve fazer quando visita a pessoa com MRSA?

A pessoa com MRSA necessita de ficar em isolamento de contacto de forma a evitar a disseminação da bactéria.

Na visita à pessoa com MRSA deve-se:

- Passar as mãos por solução alcoólica antes da visita;
- Usar luvas, bata ou avental, com a ajuda e supervisão do enfermeiro. Ao sair do quarto, o material de proteção deverá ser descartado e as mãos higienizadas;
- Não contactar com os outros doentes nem com os seus objetos;
- Não se sentar na cama;



9. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O QUE JÁ SE FAZ

- Vigilância Ativa: Rastreio colonização MRSA mediante FR
- Isolamento de contato da pessoa colonizada com MRSA
- Uso adequado do EPI em caso de isolamento de contato
- Formação equipa multidisciplinar

O QUE É NECESSÁRIO MELHORAR

- **Precauções Básicas do Controlo de Infeção:**
 - Higienização mãos 5 momentos
 - Uso do avental/bata
 - Limpeza e Desinfecção da Unidade do Doente
- Acesso à solução Alcoólica
- Planeamento das deslocações do doente com MRSA
- Cumprimento e eficácia do Protocolo SUG

O QUE AINDA NÃO SE FAZ

- Informar a pessoa/família
- Capacitar a pessoa colonizada com MRSA e cuidador familiar aquando a alta
- Assegurar a continuidade de cuidados na comunidade — notificação dos casos colonização por MRSA

CONCLUSÃO

A prevenção e controlo da infeção por MRSA domina as preocupações em saúde na atualidade, sendo crucial a adoção urgente de medidas de intervenção.

O enfermeiro na equipa multidisciplinar deve ter uma atitude proactiva de prevenção da infeção por MRSA (Silva et al, 2010).

Os estudos apontam que estas medidas proporcionam ganhos em saúde e qualidade de vida para os idosos/família, contribuindo para a sua segurança, prevenindo complicações e minimizando custos económicos e sociais.

MRSA - *Staphylococcus aureus* metilino-resistente

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conceição, T., Diamantino, F., Coelho, C., Lencastre H., & Aires-de-Sousa, M. (2013). Contamination of Public Buses with MRSA in Lisbon, Portugal: A Possible Transmission Route of Major MRSA Clones within the Community. *Plos One*, 8(11), 1-6;

Crisp, L. N., Berwick, D., Kickbusch, I., Bos, W., Antunes, J. L., Barros, P. P. & Soares, J. (2014). Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Acedido em 10/09/2014. Disponível em http://www.gulbenkian.pt/mediaRep/gulbenkian/files/institucional/FTP_files/pdfs/FuturodaSaude2014/RelatorioFuturodaSaudePT2014/index.html#/2/;

DGS (2013a). *Portugal – Controlo da Infeção e Resistências aos Antimicrobianos em números – 2013 Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Acedido em 01/07/2014. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2013.aspx>;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DGS (2013b). *Prevalência de Infeção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses*. Acedido em 01/07/2013. Disponível em [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCkQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdocumentos-e-publicacoes%2FInquerito-de-prevalencia-de-infecao-adquirida-no-hospital-e-uso-de-antimicrobianos-nos-hospitais-portugueses-inquerito-2012-ippg.aspx&ei=LFPOU4_zH6LHQXNxoDICA&usq=AFQjCNHcKmCk4NPOwUcowCqHput160K2kQ&sig2=ro9rh0JONok3yTCI2YMCIQ](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCkQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdocumentos-e-publicacoes%2FInquerito-de-prevalencia-de-infecao-adquirida-no-hospital-e-uso-de-antimicrobianos-nos-hospitais-portugueses-inquerito-2012-ippg.aspx&ei=LFPOU4_zH6LHQXNxoDICA&usq=AFQjCNHcKmCk4NPOwUcowCqHput160K2kQ&sig2=ro9rh0JONok3yTCI2YMCIQ;);

DGS (2013c). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos Orientações Programáticas* Acedido em 01/07/2014. Disponível em [https://www.google.pt/#q=Programa+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+e+Controlo+de+Infe%C3%A7%C3%B5es+e+Resist%C3%A7%C3%A3o+aos+Antimicrobianos](https://www.google.pt/#q=Programa+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+e+Controlo+de+Infe%C3%A7%C3%B5es+e+Resist%C3%A7%C3%A3o+aos+Antimicrobianos;);

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Duncan, C. P. & Dealey, C. (2007). Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. *British of Nursing*, 16(1), 34-38;

ECDC (2013a). *Annual epidemiological report: Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data* 2013. Acedido em 01/07/2014. Disponível em <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/annual-epidemiological-report-2013.pdf>;

ECDC (2013b). *Antimicrobial resistance surveillance in Europe Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net) 2012*. Acedido em 01/07/2014. Disponível em <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-surveillance-europe-2012.pdf>;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Eveillard, M., Leroy, C., Teissiere, F., Lancien, E., Branger, C., Lassence, A.... O'Brun, P. (2006). Impacto f selective screening in the emergency department on meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* control programmes. *Journal of Hospital Infection*, 63, 380-384;

Fairclough, S. J. (2006). Why tackling MRSA needs a comprehensive approach. *British Journal of Nursing*, 15(2), 72-75;

Gomes, I. G. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência;

Morgan, D., Diekema, D. J., Sepkowitz, K. & Perencevich, E. N. (2009). Adverse outcomes associated with contact precautions: A review of the literature. *Am J Infect Control*, 37(2), 85-93;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Moura, J. P., Pimenta, F. C., Hayashida, M., Cruz, E. D. A., Canini, S. R. M. S. & Gir, E. (2011). Colonization of Nursing Professionals by *Staphylococcus aureus*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(2), 325-331;

Noble, D. B. (2009). Patient Education on MRSA Prevention and Management: The Nurse's Vital Role. *Nurses as Educators*, 18(6), 375-378;

OE (2012). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido em 20-04-2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf;

Peres, D. (2007). Caracterização Epidemiológica do *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) num Hospital Distrital do Grande Porto e Sua Perceção pelos Profissionais de Saúde. Universidade do Porto, Dissertação de Mestrado. Porto. Disponível no Repositório Aberto da Universidade do Porto;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ridgway, J. P., Peterson, L. R., Brown, E. C., Du, H., Hebert, C., Thomson Jr, R. B.... Robicsek, A. (2013). Clinical Significance of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* Colonization on Hospital Admission: One Year Infection Risk. *Plos One*, 8(11), 1-9;
- Seibert, D. J., Speroni, K. G., Oh, K. M., DeVoe, M. C. & Jacobsen, K. H. (2014). Preventing transmission of MRSA: A qualitative study of health care workers's attitudes and suggestions. *American Journal of Infection Control*, 42, 405-411;
- Silva, A. M., Carvalho, M. J., Canini, S. R. M. S., Cruz, E. D. A. & Gir, E. (2010). Methicillin Resistant *Staphylococcus aureus*: Knowledge and Factors Related to the nursing Team's Adherence to Preventive Measures. *Rev. Latino.Am. Enfermagem*, 18(3), 346-351;
- Torres, K. & Sampathkumar, P. (2013). Predictors of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* colonization at hospital admission. *American Journal of Infection Control*, 41, 1043-1047;
- Upshaw-Owens, M. & Bailey, C. A. (2012). Preventing Hospital-Associated Infection: MRSA. *Medsurg Nursing*, 21(2), 77-81.




MUITO OBRIGADA

APÊNDICE XXV:

APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO - EQUIPA DE ASSISTENTES
OPERACIONAIS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EQUIPA DE ASSISTENTES OPERACIONAIS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA



5º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica - Vertente Pessoa Idosa

Serviço de Urgência Geral

Precauções Básicas na Prevenção da Infecção Hospitalar

ASSISTENTES OPERACIONAIS

Docente Orientadora:
Prof.ª. Dra. Idalina Gomes

Enfermeira Orientadora:
Enf.ª Inês Raposo

Discente:
Enf.ª Verónica Florêncio

Fevereiro de 2015

Índice

1. Infecções associadas aos cuidados de saúde
2. Higienização das Mãos
3. Equipamento de Proteção Individual
4. Limpeza e Desinfecção de Superfícies



INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

1.IACS

Infeção que não se encontrava presente ou em período de incubação à data da
admissão no hospital



INFEÇÃO

Quando há uma reação do organismo à presença de microrganismos com
sinais e sintomas de doença



1.IACS

Colonização

Quando há presença e multiplicação de microrganismos sem provocar efeitos
adversos



1.IACS

Infeção

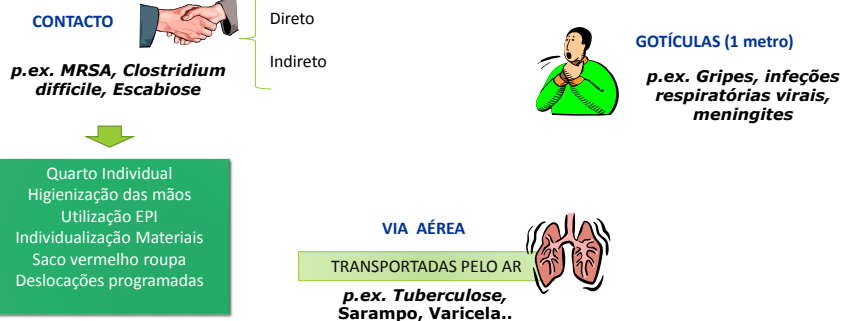
Material inanimado

Pode estar contaminado?????



1. IACS

Como se transmitem as infeções?



2. Higienização das mãos



- As mãos são o **veículo mais comum de transmissão cruzada** de agentes infecciosos associados às Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).
- Cerca de **1,4 milhões de pessoas** sofrem de **IACS**

(DGS, 2007)



HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

A PRINCIPAL MEDIDA DE CONTROLO DA INFEÇÃO HOSPITALAR

2. Higienização das mãos

- A **higienização das mãos** é considerada a medida mais importante na prevenção das IACS.
- Ao longo do contacto com os doentes ou com as superfícies contaminadas, os microrganismos podem sobreviver nas mãos por períodos de tempo que variam entre 2-60 minutos.

Correta higienização das mãos



30% de IACS podem ser prevenidas

(DGS, 2007)

2. Higienização das mãos

Fricção antisséptica



Não existe
sujidade
visível

Lavagem



Existe
sujidade
visível

2. Higienização das mãos

Fricção Antisséptica

- Processo de remoção química de microrganismos por destruição ou inibição do seu crescimento.
- Solução alcoólica

Antissépticos

Eficácia
90% a 99%

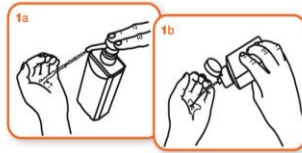
20 - 30
segundos

Como é realizada?

Não existe
sujidade
visível

2. Higienização das mãos

TÉCNICA:



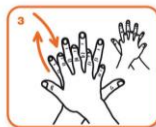
Aplique o produto numa mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies



Esfregue as palmas das mãos, uma na outra

2. Higienização das mãos

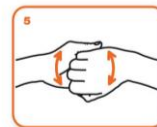
TÉCNICA:



Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa



As palmas das mãos com dedos entrelaçados



Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com dedos entrelaçados

2. Higienização das mãos

TÉCNICA:



Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa



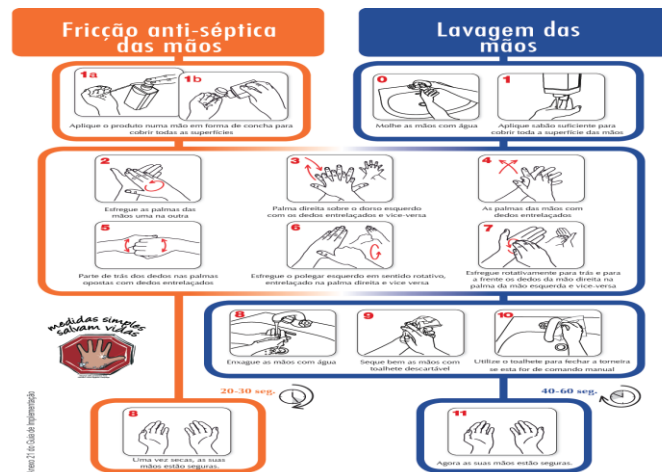
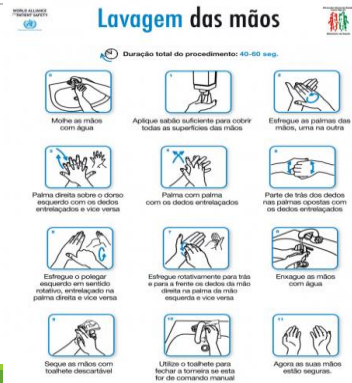
Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa



Uma vez secas, as suas mãos estão seguras.

2. Higienização das mãos

Técnica



2. Higienização das mãos

ÁREAS DE LAVAGEM:



2. Higienização das mãos



CORRETA
HIGIENIZAÇÃO DAS
MÃOS

2. Higienização das mãos

CORRETA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS QUANDO REALIZAR?



2. Higienização das mãos

- As unhas devem estar curtas e limpas, porque é debaixo delas que se acumula uma grande quantidade de microrganismos.
- Não devem ser utilizadas unhas de gel ou extensões, nem verniz.
- Não devem ser utilizados anéis, pulseiras ou relógios.
- Deve ser utilizado creme hidratante.
- A lesões devem ser tapadas com pensos impermeáveis.

2. Higienização das mãos

- Quando existem problemas de pele deve ser comunicado ao departamento de saúde ocupacional.
- O uso de luvas não dispensa a higienização das mãos.
- Quando as mãos estão visivelmente sujas, ou existe infecção por *clostridium difficile*, deve ser feita a lavagem em oposição à fricção antisséptica.
- A secagem é importante porque a humidade é um meio propício ao desenvolvimento de microrganismos.
- O conteúdo dos contentores de sabão líquido deve ser gasto em 3 dias.

2. Higienização das mãos



2. Higienização das mãos

APLICAÇÃO PRÁTICA



JÁ LAVOU AS SUAS MÃOS HOJE?



EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

3. Utilização de EPI

Proporcionar **protecção** adequada aos profissionais de saúde, de acordo com o risco associado ao procedimento a efectuar.

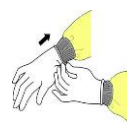
Estar **disponível** junto ao local de utilização.



Estar **acondicionado** em local limpo e seco para prevenir a contaminação.

Cumprir com o programa de **descontaminação** estabelecido e definida a responsabilidade do seu cumprimento (excepto se fôr de uso único).

4. Utilização de EPI



Luvras

Usadas quando há risco de exposição a fluidos orgânicos (exceto suor), mucosas ou pele não intacta.

Substituídas se houver perda de integridade.

Devem ser:



Adequadas ao utilizador e ao procedimento.

Removidas imediatamente após o uso em cada doente e/ou após o procedimento.

QUANDO ESTIVER A USAR LUVAS:
PROTEJA-SE A SI, AOS OUTROS E AO AMBIENTE

LIMITE AO MÁXIMO O TOQUE NO AMBIENTE INANIMADO
NÃO AJUSTE OUTROS EQUIPAMENTOS DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL NEM TOQUE NA FACE

O uso de luvas **não dispensa a lavagem das mãos**

3. Utilização de EPI

Aventais

Usados quando houver contacto directo com o doente.

Substituídos no final do procedimento e entre doentes.

Devem ser:

Usados para protecção do uniforme quando se considera provável a sua contaminação.

3. Utilização de EPI

Batas de manga comprida

Usadas se houver risco acrescido de salpicos de fluidos orgânicos.

Devem ser:

Substituídas no final do procedimento e entre doentes.

3. Utilização de EPI

Protecção ocular/ facial



Deve ser:



Usada quando existe risco de salpicos de fluidos orgânicos para a face, e durante procedimentos geradores de aerossóis.

3. Utilização de EPI

Máscara

Usada quando há risco de salpicos de fluidos orgânicos para a mucosa respiratória.

Deve ser:

Bem ajustada à face e adequada para o objectivo.

Substituída se houver perda de integridade e no final do procedimento.

Máscara



Máscara Cirúrgica Classe II (EN 14683)

• O Contacto com doentes com infeções transmissíveis por **gotículas** (meningite meningocócica, gripe, outras infeções respiratórias virais, etc.);

- Para intervenções cirúrgicas sem risco acrescido de salpicos;
- Procedimento asséptico;
- Contacto próximo com doentes imuno comprometidos;
- Doença respiratória do profissional.

Máscara



Respirador de Partículas P1e P2 SL (EN 149:2001)

- Proteção em contacto com doentes com infeções transmissíveis por **via aérea** (p.ex.: Tuberculose Pulmonar e Laríngea, Sarampo, Varicela);
- Proteção durante a execução de procedimentos com laser.



VERIFICAR O AJUSTE À FACE

Máscara Resistente a Fluidos (EN 14693)

Máscara



- Intervenções cirúrgicas com risco de projeção de fluidos orgânicos para a face;
- Procedimentos não cirúrgicos com risco de projeção de **fluidos orgânicos para a face**.

(Com viseira; Sem viseira usar óculos de proteção)

3. Utilização de EPI

Calçado



Deve ser:

Removido antes de sair da área específica.

Anti-derrapante, limpo e deve cobrir todo o pé para evitar a contaminação com fluidos orgânicos ou lesão com corte perfurantes.

3. Utilização de EPI

Cobertura do cabelo

Utilizada durante procedimentos potencialmente geradores de grande quantidade de aerossóis e salpicos de fluidos orgânicos.

Substituída/eliminada entre sessões ou se estiver contaminada com fluidos orgânicos.



Deve ser:

Bem ajustada à cabeça e cobrir todo o cabelo.

Utilizada nas áreas protegidas e durante certos procedimentos assépticos.

3. Utilização de EPI



IQ - Índice de Qualidade
EPI - Equipamento Proteção Individual



LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES

3. Limpeza e Desinfecção de Superfícies

Limpeza: É o processo mecânico de remoção da sujidade, que inclui a remoção de microrganismos e da matéria orgânica. É efetuado com água e detergente.

Desinfecção: É o processo de destruição química dos microrganismos e é realizado usando solução desinfetante.



Objetivo

Diminuir risco de infecção do doente internado em SO



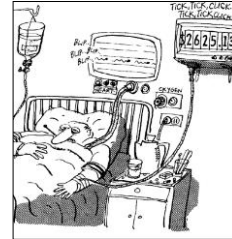
3. Limpeza e Desinfecção de Superfícies

•Higienização Diária

Deve permitir a manutenção de um nível reduzido de microrganismos no ambiente, principalmente aquele que contacta frequentemente com as mãos do pessoal.

•Após a Alta (limpeza terminal)

Os métodos de higienização terminal de uma unidade devem ser seguros de forma a minimizar o risco da transmissão de microrganismos de um doente para o outro



3. Limpeza e Desinfecção de Superfícies

Procedimento de Desinfecção diária da Unidade do doente internado em SO:

- Realizada pelo AO, no turno da manhã, após a prestação dos cuidados de higiene
- Colocar o seguinte EPI: luvas e avental descartável
- A limpeza da unidade deve ser feita com papel mecha embebido em desinfetante
- A limpeza deve ser feita das zonas mais altas para as mais baixas, e das zonas mais limpas para as mais sujas
- O papel deve ser desperdiçado na passagem de uma estrutura para outra, e na passagem de uma unidade para outra;

3. Limpeza e Desinfecção de Superfícies

Ter em atenção às superfícies de toque frequente:

- Grades da cama/maca
- Mesas de apoio
- Comando cama
- Teclado computador
- Puxadores
- Botões do Monitor
- Suportes Soro

3. Limpeza e Desinfecção de Superfícies

Desinfecção da Unidade do Doente internado em SO, na presença de sangue ou matéria orgânica:

- Remover a matéria orgânica/sangue com resguardo (pequenos derrames), ou absorver a maior quantidade possível com resguardo (grandes derrames)
- Desinfetar com solução de lixívia (1,25 ml de lixívia + 100ml de água)
- Lavar com água e detergente
- Enxaguar e esperar que seque



EPI: luvas descartáveis, avental impermeável descartável e máscara com viseira



Saco branco (resíduos do tipo III)

3. Limpeza e Desinfecção de Superfícies

Limpeza e Desinfecção da Unidade do Doente após alta do SO:

- A prateleira de apoio à unidade (sala de isolamento do SO), monitor e respetivos cabos, mesas auxiliares, grades e rodas da cama/maca, manipuladores das portas, cadeiras/cadeirões, colchão e colchão anti-escara devem ser limpos com papel mecha embebido em desinfetante (TFD 9 – 10 Vapo)
- O aspirador de secreções e a tubuladura do mesmo, deve ser depositada em saco branco e substituída por um novo



Após a desinfecção da unidade, esta deve ficar pronta a receber outro doente

3. Limpeza e Desinfecção de Superfícies

Limpeza e Desinfecção diária da Unidade do doente em Isolamento:

O EPI a utilizar durante o procedimento depende do tipo de Isolamento

ISOLAMENTO GOTÍCULAS



Luvas descartáveis/ Bata descartável/ Máscara cirúrgica

ISOLAMENTO CONTACTO



Luvas descartáveis/ Bata descartável / Toca

ISOLAMENTO RESPIRATORIO



Luvas descartáveis/ Bata descartável/ Máscara com respirador de partículas

Caso se preveja a ocorrência de salpicos, deve ser usado avental descartável e óculos ou máscara com viseira

3. Limpeza e Desinfecção de Superfícies

Procedimento para Limpeza e Desinfecção da Unidade de Isolamento após Alta:

- Toda a roupa retirada da unidade de isolamento deve ser colocada em saco vermelho transparente, selado no interior do quarto, e enviado a rouparia
- Todo o EPI utilizado deve ser colocada em saco branco
- O colchão e colchão anti escaras, deve ser lavado com água e detergente, e de seguida, passados por uma solução de lixívia (1,25 ml de lixívia + 100 ml de água)
- No caso de existirem cortinas estas devem ser retiradas e enviadas para a lavandaria
- As paredes e chão devem ser lavadas com água e detergente. No caso de isolamentos de contacto ou por gotículas, só necessário é limpar paredes até um 1,60 m de altura

Bibliografia

- DGS (2007) *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Acedido em 01/07/2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008902.pdf>;
- DGS (2013). Norma nº029/2012 – Precauções Básicas do Controlo da Infecção. Acedido a 02-01-2015. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012.aspx>;
- DGS (2014). Norma nº013/2014 – Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde. Acedido a 02-01-2015. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0132014-de-25082014.aspx>;
- CHS(2010). Procedimento para Limpeza e desinfecção da Unidade do Doente Internado em SO;
- CHS (2011). Procedimento para Controlo de Microorganismos Multi-Resistentes (MRSA e outros).




Muito Obrigada


APÊNDICE XXVI:

APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO - EQUIPA DE ENFERMAGEM DA
UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EQUIPA DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE



5º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica - Vertente Pessoa Idosa



A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO POR MRSA NA PESSOA IDOSA
A PARCERIA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

PROJETO

Novembro de 2014

Orientação:
Prof.ª Idalina Gomes

Discente:
Enf.ª Verónica Florêncio

ÍNDICE

1. Identificação do Projeto e Instituições Envolvidas
2. Estágios a Realizar
3. Pertinência do Projeto
4. Revisão Sistemática da Literatura
5. Identificação e Caracterização da Problemática
6. Finalidade do Projeto
7. Objetivos e Atividades do Projeto
8. Atividades na UCC

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO E INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Título: A Prevenção da Infecção por MRSA na Pessoa Idosa: A Parceria como Intervenção de Enfermagem

Palavras-Chave: Enfermagem Avançada, Pessoa Idosa, Infecção por MRSA, Intervenções de Enfermagem, Prevenção e Controlo

Data do Início: Setembro de 2014

Duração: 6 Meses

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- Centro Hospitalar de Setúbal - Serviço Urgência Geral (SUG) e Comissão Controle Infecção (CCI)
- Unidade de Cuidados na Comunidade Península Azul Setúbal

MRSA - *Staphylococcus Aureus* metilicilino-resistente

2. ESTÁGIOS A REALIZAR

Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de São Bernardo – SUG e CCI

- ✓ 29 de Setembro a 31 de Outubro
- 01 de Dezembro a 12 de dezembro
- 19 de Janeiro a 13 de Fevereiro

Unidade de Cuidados na Comunidade do Bonfim - Setúbal

• **3 de Novembro a 28 de Novembro**

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Hospital Nossa Senhora do Rosário -CCI

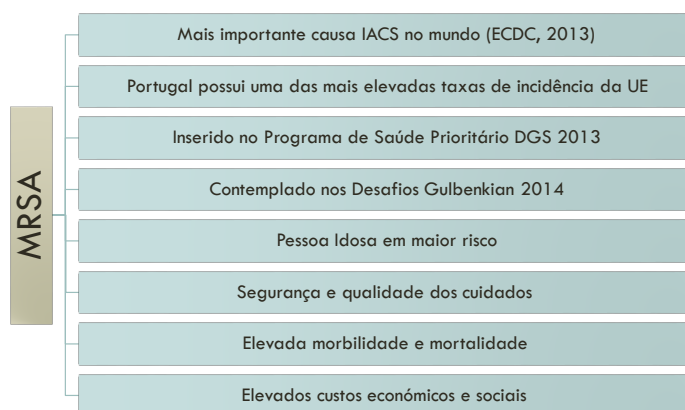
- 15 de Dezembro a 19 de Dezembro

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital de Santa Maria – CCI

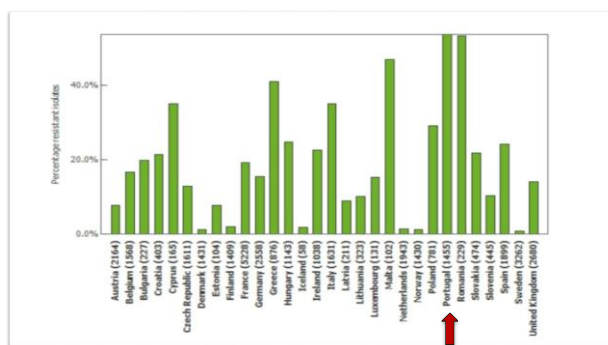
05 de Janeiro a 16 de Janeiro 2015

SUG – Serviço de Urgência Geral
CCI – Comissão de Controlo de Infecção

3. PERTINÊNCIA DO PROJETO



3. PERTINÊNCIA DO PROJETO



PERCENTAGEM DE MRSA NA EUROPA 2012

MRSA - Staphylococcus Aureus metilino-resistente

Portugal

É um dos 8 países num total de 28 estudados com uma taxa de MRSA superior a 25%

European Centre for Disease Prevention and Control (2013). Annual epidemiological report: Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data 2013. Acedido em 01-07-2014. Disponível em <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/annual-epidemiological-report-2013.pdf>

3. PERTINÊNCIA DO PROJETO

DGS 2013

Programa de Saúde Prioritário

Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos.

Problemática da PESSOA IDOSA

Prevalência de casos de IH e uso de AM							
Grupos Etários	Distribuição Etária	Infecção Hospitalar			Uso de Antimicrobianos		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%
< 1 ano	5,3%	52	5,4%	(4,1%;7%)	192	19,9%	(17,4%;22,6%)
1-4 anos	1,1%	8	4,0%	(1,7%;7,7%)	107	53,5%	(46,3%;60,6%)
5-14 anos	1,5%	11	4,0%	(2%;7,1%)	135	49,6%	(43,5%;55,7%)
15-24 anos	3,2%	34	5,8%	(4,1%;8,1%)	214	36,8%	(32,8%;40,8%)
25-34 anos	5,9%	48	4,5%	(3,3%;5,9%)	370	34,5%	(31,6%;37,4%)
35-44 anos	7,8%	86	6,1%	(4,9%;7,4%)	575	40,5%	(38%;43,1%)
45-54 anos	10,1%	174	9,5%	(8,2%;10,9%)	815	44,3%	(42,1%;46,6%)
55-64 anos	13,6%	293	11,8%	(10,6%;13,2%)	1102	44,5%	(42,6%;46,5%)
65-74 anos	18,3%	420	12,6%	(11,5%;13,8%)	1564	47,0%	(45,3%;48,7%)
75-84 anos	22,8%	531	12,8%	(11,8%;13,9%)	2083	50,2%	(49,7%;51,7%)
85 ou + anos	10,3%	258	13,8%	(12,2%;15,4%)	1060	56,6%	(54,3%;58,8%)
Total		1819	10,6%	(10,2%;11,1%)	8244	45,4%	(44,6%;46,1%)

DGS (2013). Portugal Controlo da Infecção e Resistências aos Antimicrobianos em números – 2013 Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Acedido em 30-07-2014. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infeccao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2013.aspx>;

DGS – Direção Geral de Saúde
IH – Infecção Hospitalar
AM - Antimicrobianos

4. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A maioria das pessoas que adquire MRSA está somente colonizada (30%), mas cerca de 1/3 desenvolve infeção. Os locais de colonização incluem o nariz, garganta, axilas, períneo, lesões na pele, e trato urinário.

Peres, D. R. V. (2007). Caracterização Epidemiológica do *Staphylococcus aureus* Resistente à Metilicina (MRSA) num Hospital Distrital do Grande Porto e Sua Perceção pelos Profissionais de Saúde. Universidade do Porto, Dissertação de Mestrado. Porto. Disponível no Repositório Aberto da Universidade do Porto

A colonização nasal de MRSA é um fator de risco para infeção por MRSA no futuro.

Torres, K. & Sampathkumar, P. (2013). Predictors of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* colonization at hospital admission. *American Journal of Infection Control*, 41, 1043-1047

MRSA - *Staphylococcus Aureus* metilicilino-resistente

História de colonização prévia com MRSA

4. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A triagem baseada em fatores de risco pode ser utilizada para diagnosticar colonização por MRSA na admissão.

Fatores de Risco:

- Idosos residentes em lar ou em instituições de cuidados continuados
- História de internamento ou sob regime de antibioterapia nos últimos 6 meses
- Portador de Insuficiência Renal Crónica sob Hemodiálise
- Portador de feridas crónica ou/e dispositivos invasivos na comunidade
- Transferência inter-hospitalar, com estadia na anterior unidade hospitalar superior a 48h
- Portador de Insuficiência Renal Crónica sob Hemodiálise
- Portador de feridas crónica ou/e dispositivos invasivos na comunidade
- Transferência inter-hospitalar, com estadia na anterior unidade hospitalar superior a 48h

Torres, K. & Sampathkumar, P. (2013). Predictors of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* colonization at hospital admission. *American Journal of Infection Control*, 41, 1043-1047

MRSA - *Staphylococcus Aureus* metilicilino-resistente

4. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A triagem no rastreio para colonização com MRSA não obteve evidência científica significativa, visto que a sua eficácia irá ser influenciada pelas medidas de precaução, como a higienização das mãos, isolamento de contato, descolonização e tratamento precoce, e controlo ambiental.

Glick, S. S., Sansão, D. J., Huang, E., Cubas, V., Weber, S. & Aronson (2013). Effective Health Care Program: Screening for Methicillin-Resistant *Staphylococcus Aureus*, Executive Summary. *Agency for Healthcare Research and Quality*, 102, 1-20. Acedido em 15/06/2014. Disponível em <http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/228/1551/MRSA-screening-executive-130617.pdf>

Ao compreender as estratégias preventivas (higienização das mãos e isolamento de contato), os enfermeiros podem diminuir a taxa de mortalidade e os custos de saúde.

Upshaw-Owens, M. & Bailey, C. A. (2012). Preventing Hospital-Associated Infection: MRSA. *Medsurg Nursing*, 21(2), 77-81

O isolamento de contato produz eventos adversos não-infecciosos, como a ansiedade e depressão.

Morgan, D., Diekema, D. J., Sepkowitz, K. & Perencevich, E. N. (2009). Adverse outcomes associated with contact precautions: A review of the literature. *Am J Infect Control*, 37(2), 85-93

É importante informar os doentes, promovendo o seu *empowerment* e capacitação.

Duncan, C. P. & Dealey, C. (2007). Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. *British of Nursing*, 16(1), 34-38

4. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA



(Seibert et al, 2014;
Noble, 2009)

EPI – Equipamento de Proteção Individual

4. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

*A higienização das mãos assume-se como a estratégia de prevenção fulcral, consistindo na principal via de transmissão de MRSA (Conceição, Diamantino, Coelho, Lencastre & Aires-de-Sousa, 2013).

Conceição, T., Diamantino, F., Coelho, C., Lencastre H., & Aires-de-Sousa, M. (2013). Contamination of Public Buses with MRSA in Lisbon, Portugal: A Possible Transmission Route of Major MRSA Clones within the Community. *Plos One*, 8(11), 1-6;

*A descolonização tem vindo a ser utilizada como medida adjuvante, com o recurso a agentes tópicos, como pomada de mupirocina para aplicação nasal e desinfetante para lavagem corporal e do cabelo, como a clorohexidina durante 5 dias. Repete rastreio ao 7º dia. Poderá ser repetido o procedimento, nunca se efetuando mais de 2 ciclos de descolonização.

Coia, J. E., Duckworth, G., Edwards, D. I., Farrington, Fry, C., Humphreys, H. ... Tucker, D. R. (2006). Guidelines for the control and prevention of methicillin *Staphylococcus aureus* (MRSA) in health facilities. *J Hosp Infect*, 63, 1-44;

5. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

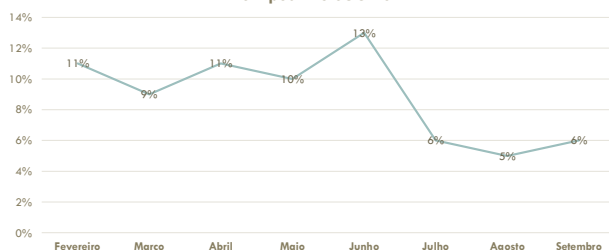
No SUG do CHS:

- * Aumento da vulnerabilidade da pessoa idosa associado ao seu processo de doença
- * Existência de pessoas colonizadas com MRSA, com diagnóstico tardio (4 dias). Até saída do resultado não cumprem o isolamento de contato e muitas já obtiveram alta clínica;
- * Ausência de notificação dos casos de colonização com MRSA na comunidade, após a alta hospitalar;
- * Elevada ansiedade e insegurança da pessoa idosa e sua família face ao diagnóstico de colonização/infeção por MRSA e ao isolamento de contato necessário;
- * Ausência de um planeamento de alta e de uma articulação com os cuidados primários.

SUG – Serviço de Urgência Geral
CHS – Centro Hospitalar de Setúbal

5. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

MRSA positivo SUG 2014



23% faleceram

36 % Iniciaram tratamento no SUG

41% tiveram alta sem tratamento

MRSA - *Staphylococcus Aureus* metilino-resistente
SUG – Serviço de Urgência Geral

6. FINALIDADE DO PROJETO

Desenvolver competências de enfermeira especialista e mestre na área de intervenção da pessoa idosa, no que confere à prevenção e controlo da infeção por MRSA e suas complicações em contexto de internamento em SO, assente num modelo de parceria de cuidados com a pessoa idosa e sua família/cuidador.

MRSA - *Staphylococcus Aureus* metilino-resistente
SO – Serviço de Observação

7.OBJETIVOS E ATIVIDADES DO PROJETO

1º OBJETIVO GERAL

- Desenvolver competências como enfermeira especialista na promoção do cuidado de Si à pessoa idosa hospitalizada com MRSA, utilizando a parceria como intervenção de enfermagem.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aprofundar conhecimentos na área das IACS, contextualizando a problemática da infeção por MRSA na pessoa idosa;
- Divulgar o Projeto no SUG do CHS de Setúbal e na UCC Península Azul em Setúbal;
- Identificar as necessidades da pessoa idosa utilizando instrumentos de avaliação adequados, de forma a planear e desenvolver intervenções de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e domicílio;
- Implementar intervenções de enfermagem em parceria com a pessoa idosa hospitalizada, que incidam na prevenção e controle da infeção por MRSA, que promovam o cuidado de Si.

7.OBJETIVOS E ATIVIDADES DO PROJETO

2º OBJETIVO GERAL

- Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar na prevenção e controlo da transmissão da infeção por MRSA na pessoa idosa hospitalizada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar os conhecimentos e as práticas da equipa multidisciplinar referentes à prevenção e controlo da infeção por MRSA na pessoa idosa hospitalizada no SUG;
- Melhorar a resposta da resposta da equipa multidisciplinar às necessidades da pessoa idosa colonizada/infetada com MRSA e sua família, com as consequentes implicações decorrentes do isolamento de contato, tendo por base uma intervenção em parceria;
- Capacitar os profissionais que trabalham na UCC para desenvolverem tomadas de decisão que visem a prevenção e o controlo da infeção por MRSA na pessoa idosa;
- Sensibilizar os idosos para a importância da lavagem das mãos, principalmente antes das refeições.

8.ATIVIDADES NA UCC

- Observação das práticas da equipa de enfermagem da UCC no que concerne à prevenção e controlo da infeção;
- Construção e aplicação questionário à equipa de enfermagem da UCC
- Identificação das dificuldades sentidas pelos profissionais da UCC na gestão dos casos de colonização por MRSA
- Ação de formação à equipa de enfermagem da UCC
- Sensibilização os profissionais da UCC para a higienização das mãos
- Monitorização sistemática dos casos clínicos de colonização por MRSA na comunidade, mediante uma vigilância efetiva de enfermagem

8.ATIVIDADES NA UCC

- *Realizar estudo de caso através da avaliação multidimensional da pessoa idosa
- *Disponibilização do folheto informativo previamente realizado à equipa de enfermagem da UCC/lares, de forma a entrega-los à pessoa idosa/família, sempre que se justifique;
- *Contribuir para a melhoria da comunicação entre a UCC e o hospital
- *Realização de sessões de educação para a saúde junto das pessoas idosas e família, acerca dos cuidados a ter para a prevenção da infeção - sensibilização para a. higiene das mãos

Quais os cuidados a ter aquando a Alta?

- Lave as mãos com frequência (depois de ir casa de banho e antes das refeições);
- Cumpra a prescrição médica (tomar os antibióticos até ao fim);
- As pessoas que residem consigo ou que ajudam a cuidar de si devem lavar as mãos com frequência, especialmente antes e após os cuidados;
- Cuidados de higiene diários;
- Manter os pensos limpos;
- Evite partilhar objetos de uso pessoal, como toalhas, cobertores, lâminas;
- Lave e seque as roupas pessoais e da cama na temperatura mais alta recomendada nas etiquetas;
- Informe todos profissionais de saúde que teve MRSA, sempre que consultar de serviços de saúde.

Higienizar as mãos antes e depois do contato com a pessoa com MRSA é uma medida simples mas muito importante para a proteção e segurança de toda a família.



5º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Elaborado por: Verónica Florêncio

Orientado por: Prof.ª D.ª Idalina Gomes
Ent.ª Inês Raposo

MRSA

Staphylococcus aureus
Meticilino-Resistente



O QUE DEVE SABER

MRSA

Staphylococcus Aureus Meticilino-Resistente

O que é?

O *Staphylococcus Aureus* é uma bactéria que coloniza a pele e mucosas de cerca de 30% das pessoas saudáveis (mucosa nasal, genital, virilhas e axilas) não desenvolvendo infeção.

Contudo, poderá haver situações em que pode causar infeções graves, de feridas ou sanguíneas e pulmonares. Os sintomas dependerão do tipo de infeção.

Quem está em maior risco?

- Idosos residentes em lares
- Internamento ou toma de antibióticos nos últimos 6 meses
- História prévia de colonização com MRSA
- Insuficiências Renais Crónicas sob Hemodíalise
- Pessoas com feridas crónicas e/ou algalias, sondas para alimentação, e sacos de colostomia.

Como se transmite?

As bactérias MRSA transmitem-se através do contacto com uma pessoa colonizada ou infetada pelas mesmas, ou com objetos e superfícies (cama, roupa, mesas, grades da cama) que alguém com a bactéria tenha tocado.



Pessoas colonizadas tornam-se potenciais transmissores da bactéria para outras pessoas.

Como se trata?

Se estiver apenas colonizado com MRSA, é necessário eliminar esta bactéria da sua pele. O tratamento consiste na aplicação de pomada nasal de Mupirocina (de acordo com indicação médica) e do uso de um gel de Clorexidina para a lavagem corporal e do cabelo, durante 5 dias.

Em caso de infeção será necessária a toma de antibioticoterapia eficaz, prescrita pelo médico.



O que deve fazer quando visita a pessoa com MRSA?

A pessoa com MRSA necessita de ficar em isolamento de contacto de forma a evitar a disseminação da bactéria.

Na visita à pessoa com MRSA deve-se:

- Passar as mãos por solução alcoólica antes da visita;
- Usar luvas, bata ou avental, com a ajuda e supervisão do enfermeiro. Ao sair do quarto, o material de proteção deverá ser descartado e as mãos higienizadas;
- Não contactar com os outros doentes nem com os seus objetos;
- Não se sentar na cama;



ANEXOS

ANEXO I:

AUTORIZAÇÃO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO PELA DIREÇÃO DE
ENFERMAGEM

Exma. Sra. Enf.^a Diretora

Setúbal
Sra. Enf.^a Dir. [redacted]eira

Assunto: Pedido de autorização para a realização do projeto “A prevenção da infeção por *Staphylococcus aureus* metilino-resistente (MRSA) na pessoa idosa: a parceria como intervenção de enfermagem”, e para a consulta de dados estatísticos laboratoriais e dados informatizados no programa [redacted] e [redacted] no [redacted] ([redacted]).

Exma. Sra. Enf.^a [redacted]

Eu, Verónica Isabel Marques Florêncio, enfermeira a exercer funções no Serviço de Urgência [redacted] (SU[redacted]), [redacted], a frequentar o curso de pós-licenciatura em enfermagem médico-cirúrgica, vertente pessoa idosa, na escola superior de enfermagem de Lisboa, encontro-me a desenvolver um projeto subordinado ao tema “A prevenção da infeção por MRSA na pessoa idosa: a parceria como intervenção de enfermagem”, problemática que tem vindo a dominar a atualidade dos cuidados hospitalares. Este projeto irá ser orientado pela Prof.^a Idalina Gomes e implementado no SUG, em período de estágio no terceiro semestre (setembro de 2014 a fevereiro de 2015) encontrando-me ainda na fase de diagnóstico [redacted].

Assim, venho por este meio solicitar autorização para aceder a dados estatísticos laboratoriais, no que concerne ao número de casos de MRSA positivos mensais, e para a consulta de dados informatizados no programa [redacted] e [redacted], de [redacted] apurar o percurso hospitalar que as pessoas colonizadas com MRSA apresentam.

Responsabilizo-me a garantir o cumprimento de todos os procedimentos éticos, inerentes a este tipo de projeto, nomeadamente o respeito pela confidencialidade e anonimato dos dados.

Deste modo, fico ao vosso dispor para eventuais questões.

Atenciosamente e com os melhores cumprimentos.

Setúbal, 5 de Junho de 2014

APRECIÇÃO DE PROJETOS		DESPACHO
ÁREA	Enfermagem "A Prevenção da Infecção por MRSA Pessoa Idosa: a Parceria como Intervenção de Enfermagem"	autorizado 15.7.14
AUTOR (ES)	Verónica Isabel Marques Florência/ veronicaflorencio1@gmail.com/ tlm: 962845770	
ENTIDADE ACADÉMICA	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica	
ORIENTADORES	Prof.ª Doutora Idalina Gomes / Enfermeira Inês Raposo	
SERVIÇO	Serviço de Urgência	
TIPO DE PROJETO	Projeto Intervenção-ação	
RESUMO	Diagnóstico de situação de projeto de intervenção no âmbito da Prevenção da infeção por MRSA na Pessoa Idosa. A autora solicita autorização para a aceder a dados estatísticos laboratoriais no concerne ao número global de pessoas colonizadas com MRSA no SU e recolha de dados, no programa Alert, sobre os resultados analíticos do exsudado nasal para pesquisa de MRSA no SU. Solicita ainda autorização para aplicação de um questionário, dirigido aos enfermeiros do SU, para diagnóstico de necessidades formativas no âmbito desta temática.	
OBSERVAÇÕES	A autora responsabiliza-se a garantir o cumprimento de todos os procedimentos éticos, inerentes à realização do projeto, nomeadamente no respeito pela confidencialidade e anonimato e no caso específico da aplicação do questionário, o consentimento informado. Para recolha de dados no programa a autora refere que terá por base o protocolo existente no A autora deverá enviar um exemplar do questionário para apreciação bem como o projeto final.	
AUTORIZAÇÕES	Projeto autorizado por: - Enf.ª , Chefe do Serviço de Urgência; - Dr.ª , Diretora do Serviço de Urgência; - Enf.ª , CCI; - Dr.ª , Diretora do Laboratório Central.	

Reunida e analisada a documentação e cumprindo as observações constantes neste documento, entende-se não existirem razões que impeçam o desenvolvimento do projeto proposto, pelo que se sugere o seu deferimento.

SGF – Área de Enfermagem

14/07/2014,

ANEXO II:

AVALIAÇÃO SUMATIVA ESTÁGIO SU – ENFERMEIRA ORIENTADORA

Setúbal, 13 de Fevereiro de 2015

Avaliação Sumativa Estágio

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

5º Curso de Pós Licenciatura e Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa

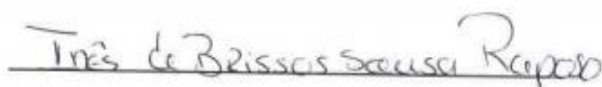
Estudante: Verónica Isabel Marques Florêncio

Local: Serviço de Urgência (SU)

Face aos objetivos definidos pela estudante Verónica Florêncio para o presente estágio, com vista ao desenvolvimento de competências como enfermeira especialista na área de saúde da pessoa idosa, considero que atingiu o pretendido, mediante a implementação do seu projeto, subordinado ao tema: A prevenção e controlo da infeção por *Staphylococcus Aureus* Metilino-Resistente na Pessoa Idosa: A Parceria como Intervenção de Enfermagem para Promover o Cuidado de SI.

Todo o trabalho por si desenvolvido no cuidado à pessoa idosa no SU, bem como no âmbito do controlo de infeção, possibilitou o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista nos quatro domínios definidos pela Ordem dos Enfermeiros, pesquisando e aprofundando conhecimentos, dinamizando processos formativos no contexto, auditando as práticas da equipa, e dando fortes contributos em eventos de caráter científico decorridos no hospital. O seu contributo resultou numa melhoria da prestação de cuidados à pessoa idosa com MRSA no SU, envolvendo a equipa multidisciplinar, bem como as próprias famílias das pessoas internadas. A estudante conseguiu também estabelecer importantes parcerias com as unidades de saúde na comunidade, assegurando a continuidade de cuidados, e evitando futuras readmissões.

Deste modo, face ao exposto, classifico o trabalho desenvolvido pela estudante Verónica Florêncio como **Excelente**.



Inês Raposo

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica

Orientadora de Estágio